



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

“A RELAÇÃO COM A CHEFIA E O BURNOUT NOS ENFERMEIROS”

Vera Cristina Crespo dos Santos

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

“A RELAÇÃO COM A CHEFIA E O BURNOUT NOS ENFERMEIROS”

Vera Cristina Crespo dos Santos

Professora Maria Teresa Ramalhal

2012

“ O todo é maior que a soma das partes”

Martha Rogers

“Tudo quanto não se dá, perde-se”

Madre Teresa de Calcutá

Ao Pedro, meu marido,
pela sua amizade, carinho e compreensão, abdicando de muitos momentos a dois. Pelo seu incondicional apoio, sem o qual não seria possível alcançar e tornar real a concretização deste projecto na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar por agradecer à minha orientadora, Exma. Professora Maria Teresa Ramalhal, pela disponibilidade, pela ajuda constante e pelos sábios conselhos nesta longa caminhada.

À Exma. Prof. Doutora Maria Filomena Gaspar também pela sua disponibilidade e apoio.

À Sra. Enf.^a Helena Lagartinho, enfermeira directora do Hospital da Cruz Vermelha em Lisboa, pela autorização concedida para a realização do estudo e, pelo seu apoio e interesse em fazer da Enfermagem uma ciência viva, dinâmica e em constante inovação.

À Sra. Enf.^a João Costa, minha enfermeira coordenadora, pela disponibilidade e apoio que em muito contribuíram para encarar com serenidade este meu percurso individual.

A todos os enfermeiros que, pelo preenchimento de cada questionário, tornaram este projecto possível.

Aos meus pais, Júlia e Joaquim, e ao meu irmão João, por me apoiarem e incentivarem profissional e pessoalmente todos os dias da minha vida.

RESUMO

O presente estudo baseia-se na convicção de que a relação que se estabelece com as chefias de enfermagem tem influência no *burnout* existente nos enfermeiros.

Foi então delineada uma pesquisa do tipo exploratória correlacional, com o propósito de verificar esta possível relação.

A amostra foi constituída por 128 enfermeiros pertencentes a uma instituição privada de saúde de Lisboa - Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa.

A temática foi enquadrada no estado da arte e posteriormente realizado um estudo de campo, bem como definido o quadro teórico que sustenta as hipóteses formuladas.

De entre os principais resultados obtidos salientam-se:

- Baixo índice de *burnout* na amostra estudada, com valores de 1.95 na sub-escala exaustão emocional, 1.03 na sub-escala despersonalização e 4.42 na sub-escala realização pessoal;
- Existência de uma relação significativa entre a variável sociodemográfica “idade” e a sub-escala “exaustão emocional” do *burnout*;
- Classificação da relação com a chefia dos enfermeiros da nossa amostra ao nível intermédio de satisfatória;
- Relação com a chefia é mais elevada entre os enfermeiros do género masculino e os enfermeiros que não trabalham por turnos;
- Existência de relação estatisticamente significativa nos enfermeiros entre a “exaustão emocional” e a relação com a chefia.

ABSTRACT

This study is based on the conviction that the relationship that is established with nurse managers has influence in burnout among nurses.

It was then outlined an exploratory correlational research type with the purpose of checking this possible relationship.

The sample was composed of 128 nurses belonging to a private health institution of Lisbon - Red Cross Hospital.

The theme was framed in the state of the art and subsequently conducted a field study, as well as set the theoretical framework that supports the assumptions made.

Among the main results obtained we found:

- Low rate of burnout in the sample studied, with values of 1.95 in emotional exhaustion sub-scale, 1.03 in depersonalization sub-scale and 4.42 in personal achievement sub-scale;
- Existence of a significant relationship between the variable socio-demographic "age" and the "emotional exhaustion" sub-scale of burnout;
- Classification of the relationship with nurse managers of our sample at the intermediate level of satisfactory;
- Relationship with nurse managers is higher between male nurses and the nurses who do not work in shifts;
- Existence of statistically significant relationship among nurses between "emotional exhaustion" and the relationship with nurse managers.

ÍNDICE

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
1. A ENFERMAGEM	6
1.2 – A ENFERMAGEM EM NÚMEROS.....	8
1.3 – ENQUADRAMENTO LEGAL DA ENFERMAGEM.....	8
1.4 - A TEORIA DE IMOGENE KING.....	10
2.LIDERANÇA	14
2.1 – DEFINIÇÃO DE LIDERANÇA	14
2.2 – TEORIAS DA LIDERANÇA	16
2.3 – TEORIA DAS TROCAS LÍDER-MEMBRO (LMX).....	19
2.4– ESTUDOS SOBRE A TEORIA DAS TROCAS LÍDER- MEMBRO (LMX)	22
3.1 – <i>BURNOUT</i> : DEFINIÇÃO DO CONCEITO	24
3.2 – <i>BURNOUT</i> : MANIFESTAÇÕES E CAUSAS	26
3.3 – PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NO <i>BURNOUT</i>	27
3.4 – ESTUDOS SOBRE O <i>BURNOUT</i>	28
PARTE II - ESTUDO DE CAMPO	30
4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	30
4.1 – ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	30
4.2 – DELINEAMENTO DO ESTUDO	30
4.3 – AMOSTRA E PROCEDIMENTO.....	31
4.3.1- <i>Amostra</i>	31
4.3.2- <i>Procedimento</i>	34
4.4 – INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	35
4.4.1 – <i>Escala LMX</i>	35
4.4.2 - <i>Maslach Burnout Inventory</i>	35
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
5.1- ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS	36
5.2- ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS	37

5.2.1– <i>Descrição dos resultados</i>	37
5.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
7. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	43
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS	57

ANEXO 1

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na exaustão emocional dos enfermeiros.

ANEXO 2

Hipótese 2 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na despersonalização dos enfermeiros.

ANEXO 3

Hipótese 3 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na realização pessoal dos enfermeiros

ANEXO 4

Hipótese 4 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência no *burnout* dos enfermeiros.

ANEXO 5

Hipótese 5 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na relação com a chefia.

ANEXO 6

Hipótese 6 – A relação com a chefia tem influência no *burnout* dos enfermeiros.

ANEXO 7

Questionário

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº. 1 – Definições de liderança. Adaptado pelas autoras a partir de Dias (2001)	15
Quadro nº. 2 – Sintomas de <i>burnout</i> . Adaptado pelas autoras a partir de Queirós (2005).....	26
Quadro nº. 3 - Quadro síntese se trabalhos de investigação sobre o <i>burnout</i> em enfermeiros (construído pelas autoras)	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº. 1 - Distribuição da amostra por “ Horário de trabalho ”.....	32
Tabela nº. 2 - Distribuição da amostra por “ Trabalho por Turnos ”.....	33
Tabela nº. 3 – Distribuição da amostra por “ Serviço desejado ”.....	33
Tabela nº.4 – Distribuição da amostra por “ Tipo de Vínculo ”.....	33
Tabela nº. 5 – Distribuição da amostra por “ Duplo emprego ”.....	34
Tabela nº. 6 – Distribuição da amostra por “ Horário de trabalho no duplo emprego ”.....	34
Tabela nº. 7 – Consistência interna dos instrumentos utilizados.....	37
Tabela nº. 8 – Estatísticas descritivas dos instrumentos utilizados.....	37
Tabela nº. 9 - Sumário do modelo da “exaustão emocional”.....	Anexo 1
Tabela nº. 10 - Significância do modelo da “exaustão emocional”.....	Anexo 1
Tabela nº. 11 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e “exaustão emocional”.....	Anexo 1
Tabela nº. 12 – Sumário do modelo da “despersonalização”.....	Anexo 2
Tabela nº. 13 - Significância do modelo da “despersonalização”.....	Anexo 2
Tabela nº. 14 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e “despersonalização”.....	Anexo 2
Tabela nº. 15 – Sumário do modelo da “realização pessoal”	Anexo 3

Tabela nº. 16 - Significância do modelo da “realização pessoal”	Anexo 3
Tabela nº. 17 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e “realização pessoal”	Anexo 3
Tabela nº. 18 – Sumário do modelo do “ <i>burnout</i> ”	Anexo 4
Tabela nº. 19 - Significância do modelo da “ <i>burnout</i> ”	Anexo 4
Tabela nº. 20 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e “ <i>burnout</i> ”	Anexo 4
Tabela nº. 21 – Sumário do modelo da “relação com a chefia”	Anexo 5
Tabela nº. 22 - Significância do modelo da “relação com a chefia”	Anexo 5
Tabela nº. 23 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e “relação com a chefia”	Anexo 5
Tabela nº. 24 – Correlação entre o “ <i>burnout</i> ” e a “relação com a chefia”	Anexo 6

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº. 1- Distribuição da amostra por “ Género ”	31
Gráfico nº. 2- Escalões etários.....	31
Gráfico nº. 3 - Distribuição da amostra por “ Tempo de serviço ”	32
Gráfico nº. 4 – Distribuição da amostra por “ Escolaridade ”	32

0. INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem sofrido um profundo desenvolvimento ao longo dos tempos e Portugal é referência nesse desenvolvimento.

Não só a Enfermagem tem construído uma importante valorização académica no seu curso de base, com a transformação do curso em licenciatura, como também a nível pós-graduado tem existido um importante incremento na formação dos enfermeiros.

No entanto, a par deste importante desenvolvimento académico e consequentemente de competências dos enfermeiros, a sua formação disparou quase exponencialmente nos últimos anos, o que, perante a actual conjuntura económica do país e da Europa, tem dificultado a entrada no mercado de trabalho destes profissionais, bem como tem potenciado a existência de vínculos precários que oferecem pouca estabilidade profissional e pessoal, baseados na maior parte das vezes em estratégias de visão reducionista a longo prazo, de contenção de custos imediatos.

Também a estrutura dos cuidados de saúde em Portugal tem, de certo modo, vindo a ser alterada, com a proliferação dos hospitais empresa, principalmente no que respeita ao sector privado da saúde, o que também tem levado a mudanças no organograma da enfermagem.

Para Dias (2001) a Enfermagem, como disciplina do conhecimento tem pela frente o desafio duma sociedade centrada na economia de mercado onde as organizações de prestação de cuidados de saúde têm evoluído para uma administração empresarial, onde se requer que para além de uma gestão compatível com a sobrevivência económica, se deve continuar a atender ao direito do cidadão em aceder a cuidados de saúde a um nível de qualidade e respeito que as pessoas merecem e com os meios humanos e materiais envolvidos que será razoável esperar.

Se no sector público, existia uma maior hierarquização, quase em pirâmide, (recentemente alterada com a aprovação da nova carreira de Enfermagem) no sector privado, há muito que a estrutura é mais “achatada”, existindo, na maioria destas instituições apenas uma enfermeira directora, os enfermeiros coordenadores dos serviços e os enfermeiros de prestação directa de cuidados.

A Enfermagem continua a ser o grupo mais representativo dentro de qualquer instituição de saúde, mas temos a convicção que, nunca como agora foi tanta a importância dos enfermeiros gestores dentro de uma organização, contribuindo decisivamente para a sua eficácia e eficiência, mantendo ao mesmo tempo um olhar atento sobre as necessidades de Enfermagem, dos enfermeiros e, principalmente de cuidados de saúde de qualidade.

Os enfermeiros gestores, onde englobamos todos os enfermeiros com responsabilidade na gestão dos serviços, independentemente da sua designação, cada vez mais devem possuir um conjunto de características que os munam da capacidade de serem o elo de ligação entre as administrações e os enfermeiros, cada um com os seus interesses, vontades e necessidades.

Estas características têm vindo a ser cada vez mais estudadas e investigadas, tornando-se claro que estes indivíduos devem possuir capacidades de liderança com as quais sejam capazes de exercer a sua influência nos diversos níveis da hierarquia.

Liderança, pode ser definida, segundo Pina e Cunha et al. (2007:332) “é a capacidade de um indivíduo, para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros”.

Fernandes (2001:31) diz-nos que “em questões de liderança, cada vez mais se dá ênfase ao papel e importância dos liderados. Eles são os verdadeiros motores de desenvolvimento para o alcançar dos objectivos propostos; é a relação que se estabelece entre estes e o líder que vai determinar o tipo de liderança e a qualidade e eficiência dos mesmos”.

A teoria da relação líder-membro (LMX) parte do princípio que o líder afecta ou distribui recursos, recompensas e punições, sendo que a forma como o faz vai acarretar consequências importantes para os membros do grupo. Esta teoria surge na década de 70 e foi fruto do trabalho que Dansereau, Caschman e Graen (1973, citado por Silva, 2010). O modelo desta teoria, sugere que os líderes e os subordinados estabelecem relações diferentes entre si. O cerne desta teoria é a relação assentando na premissa básica que (...) os líderes desenvolvem relações de troca diferenciadas com os seus subordinados, de tal modo que as duas partes definem mutuamente papéis - díades” (Pina e Cunha et al., 2007:378).

Mas será que, apesar de hipoteticamente reunidas todas estas características, e apesar de um determinado gestor em Enfermagem adoptar um estilo de liderança que julga como o adequado para a concretização de todos os objectivos a que está sujeito, principalmente o de ser o garante de cuidados de Enfermagem de qualidade, os seus “súbditos” percebem esse estilo como sendo o mais adequado? Será que não existirão factores que alteram a percepção do estilo de liderança, influenciando por sua vez a prestação de cuidados? Será que determinado modo de liderar fortalece ou enfraquece a relação com a equipa de Enfermagem? Que consequências trará uma fraca relação estabelecida com a equipa? Não deveremos focalizar-nos mais no liderado do que no líder? Não poderão todos estes factores ter influência ou ser influenciados pelo *burnout* dos enfermeiros?

Desta forma a questão de partida para este estudo é:

Será que a relação com a chefia influencia o *burnout* dos enfermeiros?

Tal como já fizemos referência, não só as contingências que a Enfermagem sempre teve, como as novas com que se depara actualmente, em muito têm contribuído para a insatisfação dos enfermeiros.

Um dos factores que tem recebido especial atenção por parte dos investigadores, no que concerne à profissão de Enfermagem, diz respeito ao *burnout*. Esta síndrome, caracterizada pela exaustão emocional, despersonalização e redução de realização pessoal, que normalmente ocorre em indivíduos que trabalham com pessoas, e que poderá advir de um diverso número de situações com as quais os profissionais se deparam no seu contexto laboral, poderá ser influenciado pela relação dos enfermeiros com a sua chefia. Queirós (2005:27), referindo-se a Freudenberg (1975) define o *burnout* como “(...) um conjunto de sintomas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, produto de uma exigência excessiva de energia no trabalho, e que ocorre particularmente nas profissões envolvidas numa relação de ajuda”.

A investigação científica, por se basear num processo racional, é um dos métodos de aquisição de conhecimento mais rigoroso e aceitável, passando por ser um processo sistemático com o intuito de explorar fenómenos passíveis de investigação, com o objectivo de encontrar respostas a questões precisas (Fortin, 1999). Sob este ponto de vista, esta autora afirma que é impensável dissociar investigação de teoria, dado se encontrarem em comunhão na procura de conhecimento e compreensão de fenómenos dignos de estudo. Fortin (1999:19) afirma que “a investigação depende da teoria, pelo facto de que a teoria atribui uma significação aos conceitos utilizados numa dada situação”. Por seu lado, diversos autores, Fawcett, 1984; Parse, 1987,1992; Phillips, 1998, aos quais Fortin (1999:26) faz referência “defendem que se a investigação em enfermagem não pode estabelecer relações com um modelo ou uma teoria existente em ciências de enfermagem, os resultados de investigação não podem ser imputados à disciplina”.

Entre os vários modelos e teorias de Enfermagem existentes, uma das que mais se adequa na análise e compreensão dos fenómenos de investigação deste estudo, será a desenvolvida por Imogene King: a Teoria da Consecução de Objectivos. Esta tem base a teoria dos sistemas a partir da qual King originou uma estrutura conceptual assente em três sistemas dinâmicos designados por pessoal, interpessoal e social, que a própria resumidamente nos explica King (1981:141):

“Os indivíduos compreendem um tipo de sistema no ambiente chamado sistema pessoal. Os indivíduos interagem para formar díades, tríades e pequenos grupos, o que compreende outro tipo de sistema chamado de sistema interpessoal. Os grupos com interesses especiais e

necessidades formam as organizações, que formam comunidades e sociedades e que são denominados de sistema social.”

A cada um destes sistemas são imputados conceitos que melhor ajudam à sua compreensão para que então, posteriormente, se perceba o dinamismo entre os três sistemas. No sistema pessoal são importantes as definições dos conceitos de percepção, ego, imagem corporal, crescimento, desenvolvimento, tempo e espaço. No sistema interpessoal são os conceitos de interacção humana, comunicação, transacção, papel e stresse. Por último, no sistema social, são os conceitos de organização, autoridade, poder, estatuto e tomada de decisão.

Por esta teoria englobar estes conceitos e visar na sua essência as interacções e transacções entre os seres, julgamos tornar-se factor importante e adjuvante na investigação em causa. Torna-se assim evidente a relação entre a teoria de Imogene King e a teoria da Relação Líder-Membro (LMX) uma vez que ambas se centram no estabelecimento de relações diádicas entre os indivíduos que compõem um determinado sistema interpessoal, sendo que Imogene King defende que os indivíduos interagem para formar díades e a teoria LMX acrescenta que estas relações podem ser diferentes e condicionar a actuação dos intervenientes.

Desta forma, decidiu-se então investigar a relação entre o *burnout* e a relação dos enfermeiros com a sua chefia, sendo que estas duas temáticas continuam a ser actuais e pertinentes no âmbito de Enfermagem de gestão, e que ainda necessitam de um maior aprofundamento para se poderem adoptar medidas que visem inovar e desenvolver a nossa profissão.

Desta forma temos a convicção de estar a levantar uma questão conceptual pertinente, ou seja, de saber se a relação identificada pelos enfermeiros face à sua chefia, na sua prática diária de enfermagem hospitalar, tem reflexo no *burnout* e consequentemente no desempenho eficaz do grupo de trabalho.

Depois de apresentadas as variáveis, define-se então a questão de investigação deste estudo em:

- De que forma é que a relação com a chefia tem influência no *burnout* dos enfermeiros?

O objectivo geral que se define à partida para esta pesquisa é estudar a relação com a chefia no *burnout* dos enfermeiros. Como objectivos específicos pretende-se:

- verificar a influência entre factores sociodemográficos (género, idade, duplo emprego, trabalho por turnos e tempo de exercício profissional) e a relação dos enfermeiros com a sua chefia;
- verificar a influência entre factores sociodemográficos (género, idade, duplo emprego, trabalho por turnos e tempo de exercício profissional) e o *burnout*;
- verificar a influência entre a relação dos enfermeiros com a sua chefia e o *burnout*;

Este trabalho leva-nos então a dois momentos de revisão conceptual que serviram de base aos nossos instrumentos de trabalho e à análise e compreensão dos resultados obtidos. Primeiramente abordam-se as teorias da liderança com especial relevo para a teoria da relação líder-membro e, posteriormente, abordamos o conceito de *burnout* e a sua influência no desempenho eficaz dos enfermeiros.

Em suma, começaremos o presente trabalho com a revisão da literatura, analisando o estado da arte, onde serão aprofundados os conceitos chave da investigação. A segunda parte do trabalho é constituída pelo estudo de campo. Posteriormente será apresentada a metodologia, as hipóteses e os instrumentos, terminando com a apresentação dos resultados, a discussão dos mesmos e a conclusão.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A ENFERMAGEM

1.1 – BREVE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Para Meleis (2007) o conhecimento teórico do passado, com uma visão para o futuro, pode estimular a criatividade, o desenvolvimento e o progresso da Enfermagem.

Os primórdios daquilo a que viria a ser a Enfermagem como profissão eram exercidos por leigos que prestavam cuidados aos doentes. No período antes de Cristo as pessoas designadas para o efeito possuíam apenas algumas habilidades, como na preparação de remédios, sendo que sacerdotes e feiticeiros se destacavam entre essas pessoas. No tempo da Roma antiga, a Enfermagem, assim como a Medicina, era indigna dos cidadãos romanos, sendo exercida por estrangeiros ou escravos. Na Idade Média, entre os séculos XI e XII os cuidados aos doentes passaram para as mãos dos religiosos. Quase sempre cabia à mulher prestar os cuidados ao doente. Com o advento do século XIII deu-se a “introdução” da Enfermagem nos hospitais, por meio das religiosas cujo trabalho era revestido pela filosofia de amor ao próximo, permanecendo esta concepção por muitos séculos. Entre os séculos XVII e XVIII surgem organizações hospitalares, originadas pelas congregações religiosas. No século XIX institucionaliza-se a enfermagem em Inglaterra após comprovação de que sem condições de assépsia, vigilância pré e pós operatória e reabilitação nenhum diagnóstico ou cirurgia poderia salvar vidas (Tonini & Fleming, 2002).

Em 1854, também na Inglaterra, a enfermeira Florence Nightingale recebe o convite do governo inglês para trabalhar nos hospitais militares durante a guerra da Criméia, onde desenvolve um trabalho de excelência, reduzindo consideravelmente o índice de mortalidade entre os soldados e despertando para a necessidade de um serviço de Enfermagem, bem como para o desenvolvimento de programas para a formação de enfermeiras, além de denunciar as condições precárias em que viviam os soldados ingleses hospitalizados (Giovanini, 1995).

A enfermagem moderna nasceu então ligada à guerra e Florence Nightingale é considerada a sua precursora (Tonini & Fleming, 2002).

Em 1860, Florence Nightingale fundou a Escola Nightingale no **St. Thoma's Hospital**, onde se preparavam enfermeiras para o serviço de enfermagem durante um ano.

Podemos dizer que a viagem dos tempos de Nightingale até os tempos da Enfermagem moderna foi longa e árdua. A Enfermagem passou de um ofício aprendido para uma profissão, de uma actuação e formação centrada no hospital para a universidade, da pacata subordinação

para a responsabilidade e autonomia e de uma aplicação prática para uma fundamentação teórica (Meleis, 2007). Pouco ou quase nada está registado dessa época até a década de 1950, mas existe conformidade entre os autores de que foram tempos difíceis para a Enfermagem a época quando, sendo representada principalmente por mulheres, tentava afirmar-se como profissão (Leddy & Pepper, 1993).

Entre os anos de 1950 e 1995, ocorreu um processo de desenvolvimento de terminologias, de estruturação de conceitos, bem como da comunicação sistematizada desses conceitos e teorias. O objectivo era direccionar o conhecimento, guiar e melhorar a prática da Enfermagem e estabelecê-la como uma disciplina académica. (Alligood, 2006; Meleis, 2007).

Em Portugal, a 28 de Janeiro de 1886, o Enfermeiro-Mor do Hospital de S. José, o Dr. Tomás de Carvalho, exerce a sua influência para que saísse uma portaria real, criando a primeira escola de ensino da Enfermagem em Portugal. Em 10 de Setembro de 1901, saía um Decreto que criava, no mesmo hospital, a Escola Profissional de Enfermeiros, onde o curso tinha a duração de um ano (Pedrosa, 2004). Quase ao mesmo tempo surgiram no Porto a Escola de Enfermagem de Santo António e em Coimbra a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Reformada em 1918 a orgânica dos hospitais Civis de Lisboa, criou-se a Escola de Enfermagem Artur Ravana, transferida em 1938 para o Hospital dos Capuchos (Pedrosa, 2004). Em 1952 através do Decreto-Lei n.º 38884 de 28 de Agosto, foi introduzida uma nova Reforma do Ensino da Enfermagem, clarificando objectivos de aprendizagem para os alunos. Em 1965, face à situação da Enfermagem portuguesa o governo realizou a maior reforma do curso de Enfermagem geral levada a cabo no nosso país, através do Decreto-Lei n.º 46448, de 20 de Julho. Com a aprovação da Lei 67/78 dá-se a conversão das Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem. A partir de 1979 começou a exigir-se o 12º ano de escolaridade para a admissão ao curso geral de Enfermagem e, através do Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro, o governo criou efectivamente as Escolas Superiores de Enfermagem, integradas no Ensino Politécnico e no âmbito dos ministérios da Educação e da Saúde (estas escolas já conferiam o grau de bacharel). A este passo seguiu-se o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro, o qual veio a aprovar o regime legal da Carreira de Enfermagem (integração do ensino da Enfermagem no sistema educativo nacional a nível superior). Finalmente o Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro, confere o grau de Licenciatura à formação básica dos enfermeiros (Pedrosa, 2004).

1.2 – A ENFERMAGEM EM NÚMEROS

Associado à proliferação de novas escolas de enfermagem por todo o país, também o número de enfermeiros tem vindo a aumentar todos os anos.

De acordo com dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros de 2011, disponíveis no seu sítio oficial na *internet*, existem 64535 membros activos inscritos, dos quais 52925 enfermeiros generalistas e 11622 enfermeiros com o grau de especialista. Continua a ser uma profissão onde predomina o sexo feminino.

Apesar de cada vez existirem mais enfermeiros, obviamente que estes profissionais existem em maior número nos grandes centros urbanos, onde também existem mais unidades de saúde. Assim, Lisboa, Porto e Coimbra são as regiões onde trabalham um maior número de enfermeiros.

1.3 – ENQUADRAMENTO LEGAL DA ENFERMAGEM

A profissão de Enfermagem encontra-se regulamentada no “REPE” (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), documento constante no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril.

Este documento começa por fazer referência à evolução que a Enfermagem tem tido nos últimos anos, quer ao nível da formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional e no que respeita e à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, justificando ainda a importância do documento para a adequada regulamentação da profissão na salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos desta disciplina.

Aproveitando a clarificação de conceitos presente neste diploma definimos Enfermagem como:

“(…) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Artigo 4.º, ponto 1).

Enfermeiro como:

“(…) “o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (Artigo 4.º, ponto 2).

e cuidados de Enfermagem como:

(...) “as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (Artigo 4.º, ponto 4).

No seu Artigo 9.º são enumeradas as intervenções dos enfermeiros, de onde destacamos o ponto 6:

“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente:

- a) Organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros;
- b) Avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros;
- c) Propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados;
- d) Dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem;
- e) Colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos;
- f) Participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem;
- g) Promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem”.

Por outro lado, também a carreira do enfermeiro tem sofrido alterações recentes. O documento publicado no Diário da República, 1.ª série, N.º 184 de 22 de Setembro de 2009 (p.6761), onde consta o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro que “define o regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde (...)”

Desta forma a carreira de Enfermagem estrutura-se nas seguintes categorias: *a)* Enfermeiro; *b)* Enfermeiro principal (Artigo 7º).

O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro compreende, entre outros, (Artigo 10º):

- (...) *a)* (...) coordenação de equipas multiprofissionais;
- b)* Exercer funções de assessoria ou consultadoria de natureza técnico-científica em projectos ou programas;(...)
- d)* Coordenar funcionalmente grupo de enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço ou de equipa multiprofissional da unidade funcional, em função da organização do trabalho;

- e) Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa, decidindo sobre afectação de meios;(...)
- g) Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando com a equipa a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias;
- h) Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria, e participar nos processos de contratualização;(...)
- n) Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- o) Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e, ou, nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;

1.4 - A TEORIA DE IMOGENE KING

Na Enfermagem o desenvolvimento do conhecimento teórico tem conhecido um grande desenvolvimento nas últimas décadas, muito devido ao desenvolvimento de teorias que se reflectem na prática desta ciência.

Estudos como os de Victor, Lopes e Ximenes (2005) e Lopes, Pagliuca e Araújo (2006) confirmam a importância do estudo e da aplicação de teorias e modelos de Enfermagem para a validação e construção de novas formas de conhecimento e interpretação desta disciplina.

Desde os primórdios da Enfermagem que se tem vindo a desenvolver teorias. Conceitos como o bem-estar, ambiente, comunicação, segurança, tratamento e assistência em saúde eram utilizados para direccionar a prática antes mesmo de serem denominados e estruturados como uma teoria de Enfermagem.

Segundo Barnum (1998), as teorias de enfermagem são uma construção a partir de uma prática idealizada, que visa aperfeiçoar a assistência.

Um modelo conceptual pode ser definido, de acordo com George (2000), como um quadro de conceitos e proposições gerais e abstractas, que fornece uma estrutura de referência num domínio de investigação específico.

O Modelo Conceptual dos Sistemas Abertos Interactuentes e a Teoria da Consecução de Objectivos de Imogene King, reflecte sobre o cuidar a partir dessa proposta.

Na teoria dos sistemas, King define saúde como o ajuste contínuo a factores de stresse no ambiente interno e externo pela optimização dos recursos da pessoa para alcançar um potencial máximo para viver. São determinados três sistemas interactivos: o pessoal, interpessoal e social (King, 1981).

- **Sistema pessoal:** é o tipo de sistema compreendido por um indivíduo num determinado ambiente. Esse sistema engloba os conceitos de percepção, ego, imagem corporal, crescimento, desenvolvimento, tempo e espaço.
- **Sistema interpessoal:** é formado pelo agrupamento de indivíduos em díades, tríades e pequenos e grandes grupos. Nesse sistema, são englobados os seguintes conceitos: papel, interação, comunicação, transação e stresse.
- **Sistema social:** é formado pela reunião de grupos com interesses e necessidades especiais, como organizações e sociedades. Os conceitos englobados neste sistema são: organização, autoridade, poder, *status*, tomada de decisão e papel (King, 1981).

A Enfermagem é definida pela autora como percepção, pensamento, relacionamento e acção, face ao comportamento dos indivíduos que vêm ao ambiente imediato e à realidade espacial e temporal, que compõe uma situação de Enfermagem. A enfermeira e o doente estabelecem uma interacção relativamente aos estados de saúde e delimitam estratégias para ajustar as actividades de mudança na vida diária, se a situação o exigir. A Enfermagem é assim um processo de acção, reacção (resposta), interacção e transacção, pelo qual são dadas informações sobre as percepções da enfermeira e indivíduo na situação de enfermagem (King, 1981).

Neste modelo conceptual, parte-se do pressuposto que a meta da Enfermagem é ajudar o indivíduo a manter a sua saúde para que, dessa maneira, ele possa desempenhar bem os seus papéis. A estrutura conceptual é então identificada como sistemas abertos, intercomunicantes. Supõe-se que as enfermeiras têm como funções ensinar, aconselhar e guiar indivíduos e grupos, ajudando-lhes a manter a sua saúde. A sua estrutura baseia-se no facto de que o foco da enfermagem é o cuidado a seres humanos. Estes permanecem em contínua interacção com o ambiente e com as pessoas que os rodeiam. Cada sistema encontra-se em interacção com os demais, garantindo o equilíbrio individual e do grupo. Pelo seu carácter de sistemas abertos, as alterações num dos sistemas podem repercutir-se nos demais (King, 1981).

No *sistema pessoal*, são definidos os conceitos de:

- *Percepção*, como a representação do real de cada ser humano. É universal porque todas as pessoas têm percepção, embora esta seja subjectiva, pessoal e selectiva; *Self* ou *eu* é um sistema aberto voltado a uma meta. É a concepção que o próprio indivíduo tem de si próprio. O *self* é um ser reactivo por natureza. Todos os enfermeiros e doentes tem um *self*. Cada *self* é uma pessoa inteira, com crescimento e desenvolvimento na estrutura corporal e cognitiva humana; *Crescimento* e *desenvolvimento* são conceitos que incluem mudanças celulares, moleculares e comportamentais nos indivíduos. Conhecer o modo como as pessoas crescem e

se desenvolvem ajuda as enfermeiras a entenderem as pessoas com problemas na imagem corporal;

- *Imagem corporal* é definida como o componente integrante do crescimento e desenvolvimento que é influenciado pelo *self*. É a maneira pela qual as pessoas percebem, não só o seu corpo, mas também as reacções dos outros à sua aparência. É um conceito extremamente pessoal e subjectivo;

- *Espaço* é um componente essencial no modelo conceptual dos sistemas abertos de King. É definido pela sua área física (território) e pelos comportamentos dos que o ocupam. Difere do sistema pessoal porque este não tem limites visíveis. O espaço é universal porque todas as pessoas têm algum conceito de espaço, mas é pessoal e situacional, na medida em que é percebido pelas pessoas e alterado de uma situação a outra. É essencial que os enfermeiros interiorizem o conceito de espaço, para assim aperfeiçoarem o conhecimento de si próprias e dos doentes;

- *Tempo* é a duração entre um acontecimento e outro. É uma experiência única de cada indivíduo, universal, por ser inerente aos processos de vida e relacional, pois é individual e baseado na singularidade de cada pessoa e do seu ambiente (King, 1981; Moreira & Araújo 2002).

Todos estes conceitos dizem respeito a seres humanos dinâmicos, que vivem em interacção contínua com o ambiente e, com o aumento do número de indivíduos, aumenta também a complexidade das relações.

No *sistema interpessoal*, são definidos os conceitos de:

- *Interacção*: comportamentos observáveis em díades, tríades ou em grupos, em presença mútua. Na sua interacção os indivíduos identificam metas e os meios para as alcançar mutuamente. Quando uma pessoa interage com outra acontece uma acção, ao que vai decorrer uma reacção, que determina a continuidade da interacção ou não. Caso continue, será efectivada a transacção. Nas situações de Enfermagem é importante haver interacção recíproca no estabelecimento de um sistema interpessoal positivo. A interacção será influenciada pelo desempenho dos papéis individuais.

- *Comunicação* é considerada como um intercâmbio de pensamentos e opiniões entre indivíduos. Pode ser verbal, ou não verbal.

- *Transacções* são comportamentos humanos dirigidos a metas.

- *Papel*, exige que os indivíduos comuniquem uns com os outros e interajam com o propósito de alcançar metas. O papel pode ser aprendido na família ou com outros grupos sociais e ser definido como o conjunto de comportamentos esperados daqueles que ocupam uma certa posição no sistema social.

- *Stresse* é um estado dinâmico no qual os indivíduos interagem com o ambiente, procurando um equilíbrio que propicie o crescimento, desenvolvimento e desempenho efectivo de papéis (King, 1981; Moreira & Araújo 2002).

No *sistema social* são definidos os conceitos de:

- *Organização*, que é a forma pela qual as actividades contínuas são administradas para alcançar metas.

- *Autoridade* é o poder para tomar decisões que guiam as acções do *self* e de outros.

O *poder* é uma característica da autoridade, sendo o processo através do qual uma ou mais pessoas influenciam as demais numa determinada situação.

- *Status* é como a posição de um indivíduo num grupo é percebida por outros indivíduos. É o prestígio adquirido a desempenhar um papel.

- *Tomada de decisão* é um conceito chave em qualquer organização. Decisões são julgamentos feitos que afectam o curso da acção a ser desenvolvida em situações específicas (King, 1981; Moreira & Araújo 2002).

Num artigo mais recente, King (1997) afirma que a meta da utilização do seu modelo conceptual de sistemas é a saúde e que as funções desses sistemas são verificar ou observar nas relações recíprocas dos indivíduos, como eles interagem e fazem transacções com outras pessoas.

O processo de Enfermagem de King compreende 5 etapas: uma interacção inicial, um diagnóstico, o estabelecimento de metas comuns, a exploração e viabilização de meios e uma evolução.

A meta dessa teoria é ajudar os indivíduos a manter um estado saudável e assim ajudá-los a desempenhar as suas funções na sociedade. Os meios para alcançar uma meta comum variam em cada grupo profissional e de acordo com os seus papéis e funções na sociedade. A meta global das enfermeiras é promover a saúde, prevenir a doença (King, 1981; Moreira & Araújo 2002).

A avaliação da evolução do doente deve dar-se pelo alcance das metas traçadas, permitindo a avaliação da evolução e a redefinição de metas, quando necessário.

Para terminar esta breve exposição sobre a teoria de Imogene King referimos ainda que King (1989) sugere que se pense nos enfermeiros como indivíduos, assim como nos doentes também como indivíduos, sendo ambos parte central dos cuidados de Enfermagem. Esta autora refere ainda que os enfermeiros são a “chave” de todos os recursos humanos nos serviços de saúde.

Avaliar a qualidade dos cuidados de Enfermagem é uma das principais funções dos chefes e relaciona-se directamente com um aspecto central na prática de Enfermagem: o controlo de

qualidade. Refere-nos ainda que os clientes são influenciados pelas suas interacções com o ambiente, influenciando também eles o ambiente onde estão inseridos, ou seja, também os enfermeiros são indissociáveis do ambiente onde estão inseridos (King, 1989) e inevitavelmente, estabelecem interacções não só com os doentes mas também com as suas chefias e outros elementos constantes do seu ambiente de trabalho.

2.LIDERANÇA

2.1 – DEFINIÇÃO DE LIDERANÇA

Segundo Jesuíno (1987:7) a liderança "é relativamente recente, sendo derivada da palavra inglesa "*leader*". Para o mesmo autor o termo "só terá aparecido há cerca de 200 anos em escritos sobre o controlo e influência política no parlamento britânico".

Bass (2008:5) faz referência ao aparecimento escrito destes conceitos desde há 5000 anos atrás, uma vez que foram encontrados hieróglifos egípcios datados de 2300 a.C. correspondentes a liderança, líder e seguidor.

Bass (2008:15) descreve-nos ainda a evolução do conceito de liderança desde o início do século XX. Nos anos 20, passava basicamente por imprimir a vontade do líder àqueles que eram liderados através de obediência, respeito, lealdade e cooperação. Nos anos 30, a liderança era tida como um processo no qual o líder organizava os indivíduos para que estes se movessem na direcção por ele pretendida. Nos anos 40, era a habilidade de persuadir e dirigir para além dos efeitos de poder, posição e circunstâncias. Nos anos 50, tratava-se do que os líderes faziam em grupos e a autoridade que lhes era concedida pelos indivíduos desses mesmos grupos. Nos anos 60, era definida como a capacidade de influenciar os outros numa dada direcção partilhada por todos. Nos anos 70, a influência do líder era tida como não limitativa, variando de um indivíduo para outro. Nos anos 80, era vista como fonte de inspiração, levando os indivíduos a acções intencionais. Nos anos 90, liderança torna-se a influência mútua entre líder e indivíduos capaz de realizar mudanças com objectivos e fins comuns. Para Gaspar (2005:31) poderá afirmar-se que (...) "a investigação em liderança tem linhas de orientação diversas, consoante o enfoque seja dado à pessoa do líder, aos colaboradores, ou centrando-se na interacção entre ambos".

"Existem quase tantas definições diferentes de liderança como os autores que a tentaram definir" (Jesuíno, 1996:8), a lista seria extensíssima, quase impossível de realizar. Stogdill, 1974, citado por Yukl, (1989:2), refere que desta situação resultam inevitáveis divergências no que respeita à sua consideração como processo de influência ou desempenho de um indivíduo, motivo pelo qual apenas mencionaremos algumas.

Weber, 1947, citado por Jesuino, 1987, p. 8	"É o exercício de poder por parte dum actor sobre um grupo"
Dubin, 1951, citado por Fiedler, 1967, p. 7	"É o exercício de autoridade e de tomar decisões"
Hemphill & Coons, 1957, citado por Yukl, 1989, p. 2	"É o comportamento de um indivíduo quando dirige as actividades de um grupo com vista a um fim comum"
Barnard, 1997, p. 91	"É a qualidade comportamental de indivíduos que lhes permite guiar as pessoas na sua actividade num esforço organizado"
Stogdill, 1950, citado por Clegg, Hardy & Nord, 1997, p. 276	"É um processo (ou acto) de influenciar as actividades de um grupo organizado, orientando os seus esforços para a realização dos objectivos estabelecidos"
Astin, 1993, citado por Cooper, Argyris & Nicholson, 1995, p. 285	"É um processo pelo qual os membros dum grupo são credenciados para trabalhar em equipa, com sinergia, na direcção dum objectivo ou visão comuns, criando assim mudanças e transformações nas instituições e melhorando a qualidade de vida"
Syroit, 1996, p. 238	"É o conjunto de actividades de um indivíduo que ocupa uma posição hierarquicamente superior, dirigidas para a condução e orientação das actividades de outros membros, com o objectivo de atingir eficazmente o objectivo do grupo"
Yukl, 1994, citado por Rego, 1998, p. 23	"É o processo de influência que afecta a interpretação dos eventos pelos seguidores, a escolha dos objectivos para a organização ou grupo, a organização das actividades para o alcance dos objectivos, a motivação dos seguidores para cumprir os objectivos, a manutenção das relações de cooperação e do espírito de equipa, e a obtenção de apoio e cooperação das pessoas exteriores ao grupo ou organização".

Quadro 1 – Definições de liderança. Adaptado pelas autoras a partir de Dias (2001).

Importante também é estabelecer a distinção entre liderança e poder. Estes conceitos diferem essencialmente por a liderança ser um fenómeno de poder e o poder ser uma capacidade do líder em exercer influência (Dias, 2001). Também a liderança requer “compatibilidade e congruência entre os objectivos do líder e do liderado”(…) e “o poder não requer qualquer tipo de compatibilidade" (Robbins, 1996, citado por Dias, 2001:24).

Vejamos então de seguida as principais teorias da liderança ordenadas pela sua cronologia relativamente à data de publicação conhecida.

2.2 – TEORIAS DA LIDERANÇA

IOWA (1930) - Kurt Lewin em conjunto com Ronald Lippitt e Ralph K. White encontraram fundamentação, ao estudar a agressividade, na dinâmica de grupos submetidos à liderança em três diferentes estilos: autocrático, democrático e *laissez-faire*; (Luthans, 1998, p.381). Dias (2001) refere que significaram a primeira tentativa de, científica e experimentalmente, estudar os efeitos da liderança nos grupos.

OHIO (1945) Syroit (1996:242) refere que sob a direcção de Hemphill, Stogdill e Fleishman se estudou a liderança em democracia com a finalidade "de melhorar os métodos de investigação sobre a liderança, desenvolver critérios para a avaliação dos líderes (no seu comportamento) e seleccionar e formar os líderes". Nasceu aqui o *Leadership Behavior Description Questionnaire* (L.B.D.Q.), onde são categorizados dois comportamentos do líder: a consideração (grau em que o líder respeita os subordinados, caracterizando-se por confiança mútua, consideração pelos sentimentos, pelas boas relações interpessoais, preocupação com o conforto e bem-estar, *status* e satisfação, e aceitação das opiniões e sugestões) e a estruturação (grau em que o líder estrutura e define as suas tarefas e papéis, bem como as dos seus subordinados, com vista a alcançar os objectivos do grupo).

MICHIGAN (1945) - Kahn, Maccoby, Morse, Mann e Likert tentaram identificar na liderança as relações entre o comportamento do líder, as dinâmicas de grupo e as medidas de desempenho de grupo" (Yukl, 1989:81). Eram considerados três tipos de liderança: o comportamento orientado para a tarefa, o comportamento orientado para o relacionamento e o comportamento participativo.

TEORIA DOS TRAÇOS (STOGDILL, 1948) - Dias (2001) citando Bryman, (1979) diz-nos que o objectivo fundamental desta teoria passava por identificar o conjunto particular de qualidades e características que deveria possuir o líder de sucesso.

TEORIA DA CONTINGÊNCIA (FIEDLER, 1967) - Nesta teoria são inter-relacionados três processos determinantes para a eficácia de um líder, sendo eles: o estilo de liderança (medidos através do instrumento LPC- *Least Preferred Coworker*- no qual é determinado se o líder é orientado para a tarefa ou para o relacionamento); a favorabilidade situacional (que consiste no reconhecimento situacional por parte do líder e em que, factores que envolvem o líder e os

subordinados (relações líder - membros, estruturação da tarefa e posição de poder do líder), são determinantes favoráveis ou desfavoráveis para o líder e por último, o desempenho do grupo. Este estaria dependente dos anteriores, uma vez que para a existência do desempenho eficaz do grupo dependeria a adequação correcta do estilo de liderança por parte do líder à situação em si. Por outras palavras, a favorabilidade ou não de uma dada situação, aliada ao tipo de orientação do líder, tarefa ou relacionamento, traduzir-se-ia em maior ou menos eficácia do líder e consequentemente do desempenho do seu grupo. (Jesuíno,1996; Pina e Cunha et al. 2007). De referir igualmente que este modelo proposto por Fiedler, pressupõe que ambos, líderes e situações, podem ser ajustados por forma a atingir o desempenho eficaz, ou seja, as situações poderão ser alteradas para se adaptarem e ajustarem ao estilo de liderança do líder, ao invés de ser sempre este último a alterar o seu estilo de liderança consoante as situações. Sendo a hipótese central desta teoria que "o tipo de atitude de liderança requerido para o desempenho eficaz do grupo depende do grau em que a situação é favorável ou desfavorável para o líder" (Fiedler, 1967:15).

TEORIA PATH-GOAL (ROBERT HOUSE, 1971) – Jesuíno (1987:99) diz-nos que esta teoria é baseada em dois conceitos base: o conceito de expectativa (de probabilidade subjectiva) e o conceito de valência (de valor antecipado). Yukl (1989:99) citando House (1971) diz que o líder, consiste em aumentar as recompensas pessoais dos subordinados à medida que alcançam os objectivos de trabalho, tornar mais fácil o caminho (*path*) para as recompensas, reduzir os obstáculos e os imprevistos, e aumentar as oportunidades de satisfação pessoal ao longo de toda a actividade de desempenho.

MODELO NORMATIVO (VICTOR VROOM & PHILLIP YETTON, 1973) – Pina e Cunha et al. (2007) referem-nos que a ideia básica desta teoria consiste em o líder dispor de cinco procedimentos decisórios: decisão autocrática; decisão autocrática mitigada; o líder consulta os subordinados individualmente e decide sozinho; o líder consulta o grupo mas decide por si; a decisão é concordante com o grupo. A eficácia das decisões é aferida em função de quatro critérios: 1) a qualidade da decisão é tanto maior quanto mais se aproxima da melhor alternativa de solução; 2) a aceitação da decisão representa o empenhamento dos subordinados na implementação da decisão; 3) os custos da decisão respeitam aos custos de tempo incorridos com as diversas modalidades de decisão; 4) o desenvolvimento dos subordinados diz respeito à capacidade de o processo decisório contribuir para o desenvolvimento dos subordinados;

TEORIA DA RELAÇÃO LÍDER-MEMBRO (DANSEREU, 1975) - Bass, (s.d.) citado por Luthans (1998:385), estas teorias partem do princípio que o líder afecta ou distribui recursos, recompensas e punições, sendo que a forma como o faz vai acarretar consequências importantes para os membros do grupo.

O modelo mais relevante desta teoria é o Modelo de Ligação Diádica Vertical que desenvolveremos mais à frente.

TEORIA DA LIDERANÇA CARISMÁTICA (HOUSE, 1976) - é uma teoria que assenta a sua fundamentação na ideia que os seguidores sentem influência das chefias baseada na percepção que têm que o líder está dotado de excepcionais qualidades.

TEORIA SITUACIONAL (HERSEY & BLANCHARD, 1977) – esta teoria explica a liderança eficaz como resultado da interacção das variáveis causais - o comportamento orientado para a tarefa e o comportamento orientado para o relacionamento com a variável moderadora, isto é, a maturidade dos subordinados. Quando a maturidade dos colaboradores aumenta, o líder deve reduzir o comportamento orientado para a tarefa e aumentar o comportamento orientado para o relacionamento, no caso da maturidade dos subordinados subir acima da média, o líder deve reduzir, não só o comportamento orientado para a tarefa, mas também o comportamento orientado para o relacionamento (Dias, 2001).

TEORIA DOS SUBSTITUTOS DA LIDERANÇA (KERR & JERMIER, 1978) -

Este modelo, para Yukl (1989:108) consiste na "identificação dos aspectos da situação que reduzem e tornam redundante o comportamento e influência do líder". São identificados os conceitos de *Substitutos* (tornam o líder desnecessário) e *Neutralizadores* (diminuem a influência).

TEORIA DA APRENDIZAGEM SOCIAL (FRED LUTHANS, 1980) – De acordo com Dias (2001) é uma teoria que tenta compreender a liderança nas organizações através da interacção de três variáveis: o líder, o comportamento do líder e o ambiente.

TEORIA DA LIDERANÇA SITUACIONAL (TICHY & DEVANNA, 1986) – Para Dias (2001) citando Syroit (1996) é uma teoria que enfatiza as transformações organizacionais, tendo em conta a capacidade de lidar com necessidades conflitantes da estabilidade, da mudança ou da adaptação e com o paradoxo da esperança na melhoria e do medo da mudança.

2.3 – TEORIA DAS TROCAS LÍDER-MEMBRO (LMX)

A teoria da troca entre líder e liderado - LMX surgiu na década de 70 e foi fruto do trabalho que Dansereau, Caschman e Graen (1973, citado por Silva, 2010).

Cabrita (2010) refere-nos que a qualidade das relações entre chefes e subordinados é muitas vezes estudada tendo como base, a teoria da relação líder-membro (LMX). O modelo desta teoria, sugere que os líderes e os subordinados estabelecem relações diferentes entre si.

A teoria LMX é habitualmente inserida no grupo das teorias contemporâneas. Pina e Cunha et al. (2007:378) referem que o seu cerne não radica nos traços, nem nos comportamentos, nem nas contingências situacionais, mas antes na relação. Referem ainda que assentam na premissa básica “segundo a qual os líderes desenvolvem relações de troca diferenciadas com os seus subordinados, de tal modo que as duas partes definem mutuamente papéis” (díades).

Os membros dessas díades recebem do supervisor formas de tratamento diferenciadas, denominadas “amplitude de negociação”. Os autores denominam essas díades de endogrupo e de exogrupo.

O primeiro tipo de díade é denominado, na teoria LMX, de endogrupo ou díade de alta qualidade de relacionamento. Nesse tipo de díade, a amplitude de negociação ou a forma de tratamento manifestada pelo líder para com o membro da díade caracteriza-se pelo reconhecimento de que esse membro faz parte do seu círculo de comunicação pessoal e de conhecimento. Assim líder e liderado formam um relacionamento de mútua proximidade. Neste tipo de relação o líder delega no outro membro da díade tarefas de maior responsabilidade, além de facilitar a sua participação no processo de tomada de decisão, maior possibilidade de carreira e acesso a informações privilegiadas. Por outro lado, o membro da díade recebe maior suporte e atenção do líder na execução das tarefas que executa (Yammarino, Dansereau & Kennedy, 2001).

O segundo tipo de díade é denominado exogrupo ou díade de baixa qualidade de relacionamento, portanto, o oposto do que a teoria propõe para a primeira díade. Nesse caso, a amplitude de negociação ou a forma de tratamento dada pelo líder para com outro membro da díade caracteriza-se por considerá-lo fora do seu círculo de comunicação pessoal, o que significa que não mantém relacionamento de reciprocidade. O líder desempenha papel de chefe ou de gestor, à medida que faz o subordinado cumprir o esperado no contrato de trabalho formalizado. Em consequência, o liderado realiza tarefas sem grandes impactos no dia-a-dia da unidade de trabalho (Yammarino, Dansereau & Kennedy, 2001).

Essa diferenciação não significa, que o membro do exogrupo é discriminado ou maltratado pelo seu supervisor, significa apenas que o líder não dispõe de tempo, energia e recursos para tratar todos os seus subordinados da mesma forma.

O tratamento recebido pelo membro da díade, seja do endo ou do exogrupo, comporta a dimensão de reciprocidade. O membro do grupo corresponde, em termos de comportamentos e atitudes, ao tratamento recebido (Sparrowe & Liden, 1997). Os aspectos da reciprocidade correspondem à base das relações sociais em todas as suas esferas. Retribuem-se os “benefícios e favores recebidos de outras pessoas” (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2003:259), com a finalidade de se manterem as relações sociais estáveis.

Outro aspecto subjacente ao tratamento dado pelo líder ao membro do endo ou do exogrupo diz respeito à profecia auto-realizadora. Profecia auto-realizadora consiste na exibição de um padrão de comportamentos que, guiado por esquemas, faz com que a pessoa alvo deste comportamento seja influenciada por ele e responda de forma coerente com as expectativas (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2003:82).

É possível que o líder perceba o membro da díade como pertencente ao seu círculo de comunicação e do seu conhecimento pessoal. No papel de líder, comporta-se, com o membro da díade, segundo o esquema concebido, levando-o a convencer-se de que está incluído nesse círculo. O membro da díade, por sua vez, corresponde ao esquema concebido pelo líder, fechando, assim, o ciclo da profecia auto-realizadora.

Os reflexos dessa percepção de inclusão podem ser observados no grau de comprometimento, desempenho e satisfação do membro da díade.

Um processo semelhante ocorre com os membros da díade que são percebidos pelos líderes como distantes do seu círculo de comunicação pessoal e de conhecimento. Nesse caso, o membro convence-se, a partir do tratamento que recebe de seu líder, de que é excluído do seu círculo de comunicação e conhecimento e passando a desempenhar apenas o que formalmente foi contratado (Graen & Uhl-Bien, 1998; Dienesch & Liden, 1986).

O pressuposto da Teoria da Troca entre Líder e Liderado - LMX é de que díade de alta qualidade de relacionamento ou endogrupo apresenta resultados diferenciados para a díade e para a organização, em relação aos apresentados por díades de baixa qualidade de relacionamento ou exogrupo. São muitos os estudos apresentados e discutidos na literatura que tratam dos resultados diferenciados do endogrupo. Entre outros, encontram-se estudos que investigam: desempenho e comprometimento (Liden & Mitchell, 1983; Dunegan, Duchon & Uhl-Bien, 1992); motivação no trabalho (Munford, Dansereau & Yammarino, 2000; Humpherys & Einstein, 2004); maior nível de satisfação do superior, com colegas e com o

trabalho e maior comprometimento com as metas organizacionais (Klein & Kim, 1998; Baugh & Graen, 1997).

Neste trabalho não se pretende determinar os processos de formação de endo e exogrupos, mas antes perceber a interacção entre a relação que os enfermeiros percebem ter com a sua chefia e o *burnout*.

Trabalhos empíricos desenvolvidos por Dansereau, Cashman e Graen (1973) investigaram as interacções entre o líder e seus liderados, numa tentativa de mostrar que os estudos sobre liderança não devem ser vistos de maneira unilateral, somente focando o líder, mas devem ampliar os horizontes de análise envolvendo os liderados.

Para Graen e Uhl-Bien (1998), a LMX deve ser entendida tanto da perspectiva da liderança transaccional como da perspectiva da liderança transformacional. A primeira, porque propõe trocas materiais como compensação material e a segunda, porque propõe trocas não materiais, como trocas sociais e psicológicas.

Segundo Pina e Cunha et al. (2007) a teoria sugere que os líderes devem ser encorajados e treinados para oferecerem relações de parceria com todos os seus seguidores. Para os mesmos autores, o processo de construção da relação pode ser visto à luz do modelo de construção de liderança, proposto em versões recentes da teoria: na primeira fase, líder e seguidores posicionam-se como estranhos que se juntam para ocupar papéis organizacionais interdependentes (relações meramente formais e contratuais); a segunda fase ocorre quando um relacionamento de maior qualidade é aceite, se aceite, gera a fase do entendimento, se ocorre, as relações deixam de ser meramente contratuais e passam a englobar trocas sociais; na fase “parceria madura”, as partes prestam-se lealdade, respeito e apoio mútuos.

Os estudos sugerem que as relações líder-membro de elevada qualidade tendem a fomentar satisfação, o empenho e o desempenho dos colaboradores.

De acordo com Almeida (2010) a literatura tem demonstrado que a LMX está fortemente relacionada, não só com o desempenho dos subordinados, mas também com outros resultados afectivos, tais como o empenho, a intenção de *turnover* e a satisfação (Makham et al. 2010). Num estudo, Graen, Liden e Hoel (1982) citados pela mesma autora, encontraram uma relação negativa e significativa entre a LMX e *turnover*. Estes dados podem indicar que uma boa relação com o líder faz com que os membros da equipa se sintam bem com o líder, com os seus colegas e com o trabalho que desempenham. Isto poderá traduzir-se numa maior coesão da equipa. Sherony e Green (2002) encontraram evidências de que as relações entre colegas são mais positivas quando a relação LMX entre cada membro e o líder são semelhantes, mesmo que a relação LMX seja de baixa qualidade. Um outro estudo, em unidades militares, Shamir, Zakay, Breinin e Popper (1998) descobriram que a ligação e

identificação com a unidade estão positivamente correlacionadas com comportamentos de suporte do líder e com o grau em que este enfatiza a identidade colectiva da unidade.

A teoria LMX, teve, de acordo com Gaspar (2005) o mérito de deslocar a investigação em liderança habitualmente centrada no líder, para a problemática da relação. Esta teoria, de acordo com Yamarino e Dubinsky (1992) e Graen e Uhl-Bien (1995) referidos em Gaspar (2005), pode ser perspectivada e analisada em diferentes níveis: individual, díade, grupo, equipa de trabalho e ainda em redes ou díades dentro do contexto de grupo.

A conceptualização da LMX, decorre também da teoria da interacção social que explica o desenvolvimento das relações interpessoais. Gaspar (2005) referindo-se a Blau (1964) refere-nos que as relações entre indivíduos são guiadas por obrigações e recompensas. Deste modo, sempre que alguém desenvolve uma acção positiva em relação a outra pessoa espera ser reconhecida e correspondida.

2.4– ESTUDOS SOBRE A TEORIA DAS TROCAS LÍDER- MEMBRO (LMX)

Pires (2011) refere que altos níveis de LMX, mais especificamente no que respeita ao apoio, comunicação, compreensão e reconhecimento por parte do líder, ajudam a reduzir a incerteza e a ambiguidade de papéis. Assim, os trabalhadores tendem a ter uma percepção mais positiva do seu papel e das expectativas que o seu superior tem em relação a si. No entanto, o indivíduo pode encontrar (ainda que em menor grau), recursos específicos que foram prometidos mas que não foram concedidos. Ao contrário, níveis baixos de LMX relacionam-se com experiências de *burnout*.

Havendo uma falta de estrutura por parte dos líderes, existirá a tendência em criar uma grande ambiguidade entre os agentes da relação, podendo essa ambiguidade gerar experiências de *burnout*. Ao contrário, quando existente uma estrutura mais condensada, pode significar baixa autonomia dos colaboradores, levando assim à exaustão.

Pires (2011) referindo-se a Lee e Ashforth (1996) refere também que os colaboradores que têm uma relação de alta qualidade com os seus líderes estão propícios a sofrerem um menor desgaste psicológico do que os trabalhadores que não têm uma relação satisfatória, isto é, a falta de apoio emocional está efectivamente relacionada com o *burnout* dos trabalhadores. Esta autora verificou ainda no seu estudo que a LMX se relaciona negativa e significativamente, tanto com a exaustão emocional como com o cinismo, observando que a LMX contribui para explicar a exaustão que os trabalhadores sentem.

Silva (2010) afirma que, na revisão da literatura, não há consenso entre os investigadores a respeito do efeito que o género pode causar nos relacionamentos entre líder e liderado. As

hipóteses levantadas, a partir da literatura consultada, foram de que o tempo de convivência do liderado com o líder interfere na construção do relacionamento com o líder e que a percepção do liderado em relação ao líder ajuda na construção do relacionamento.

Silva (2010) concluiu ainda que ao contrário do que alguma literatura faz referência, não existe relação entre o tempo de convivência com o chefe e a qualidade do relacionamento. Concluiu também que o respeito profissional, a lealdade e o afecto são dimensões que podem influir na percepção da qualidade do relacionamento percebido pelo liderado.

Almeida (2010) concluiu num estudo realizado a 66 soldados recrutas na Ota que existe uma relação positiva entre a relação líder-membro e a coesão de equipa. Tal como Yukl (1989) sugeriu, não é necessário que todos os subordinados sejam tratados de igual forma pelo líder, no entanto, cada membro da equipa deve sentir que é importante e respeitado. Desta forma uma boa relação líder-membro contribui para que o subordinado se sinta bem como parte integrante da equipa, o que terá como consequência uma maior coesão da mesma.

Lankau e Thomas (2009) reconheceram que a qualidade da relação que existe entre o líder e os seus subordinados poderá ter influência no *burnout* experienciado pelos trabalhadores. Os líderes preenchem um dos papéis mais importantes na organização para os trabalhadores, e por isso a estrutura da relação entre ambos e a consideração que os líderes depositam nos seus subordinados, é passível de se esperar experiências de *burnout*.

Lankau e Thomas (2009) concluíram também que valores elevados de relação com a chefia podem servir de recurso para minimizar a exaustão emocional.

Pereira et al. (2008) concluíram num estudo realizado a 103 enfermeiros que a percepção de liderança dos enfermeiros liderados apresenta uma média de 3.64. Nesse estudo não se observaram relações estatisticamente significativas entre a percepção de liderança e a categoria profissional, o género, o tempo de serviço e a idade.

Amaral et al. (2007) num estudo realizado com 241 alunos concluíram que as pessoas do género feminino se sentiam mais participantes do endogrupo do que as pessoas do género masculino.

Para Graen e Uhl-Bien (1995), a relação entre líder e colaborador tende a evoluir ao longo do tempo o que permitirá aumentar o número de relações de elevada qualidade.

Martin e Epitropaki (1999) identificaram que características demográficas como idade e o tempo de instituição possuem maior força preditora no relacionamento diádico do que a diversidade de género.

Dienesch e Liden (1986) apresentam três limitações que devem ser consideradas sobre a LMX. A primeira corrobora a questão da quantidade de pessoas pesquisadas, a segunda, e talvez a que tenha um grande peso, diz respeito ao poder que o líder recebe da organização.

Nem sempre o líder tem poder suficiente, recurso e autonomia para tratar com os liderados. Isto pode ser um problema para consolidação da díade e a terceira é relativa à questão da cultura e à política organizacional.

Outra crítica é indicada por Sparrowe e Linden (1997), pois a teoria LMX abordou muito pouco a questão da troca social e a troca económica, focando-se apenas na qualidade do relacionamento da díade. Estes autores indicam outras teorias, a Teoria de Troca Social e a Teoria da Reciprocidade, como teorias mais completas para tratar da questão da díade.

Mas a grande contribuição que os pressupostos da LMX trazem para ajudar os estudiosos a identificar e compreender o processo da liderança organizacional está na constatação empírica da existência dessas díades e ao mesmo tempo, em poder indicar algum ou alguns dos factores de convergência que estimulam a formação de díades.

3. BURNOUT

3.1 – *BURNOUT*: DEFINIÇÃO DO CONCEITO

A bibliografia consultada remete a primeira utilização do termo *burnout* ao médico Herbert Freudenberg na década de 1970 (Pereira, 2002, citada por Campos, 2005; Queirós 2005; Santos, Saraiva & Pinto, 2007). Freudenberg, era psicanalista de profissão e, segundo Queirós (2005:23) “(...) baseou os seus estudos na capacidade psicológica e na vulnerabilidade de cada indivíduo que se encontra em situações laborais stressantes”.

Queirós (2005:27), referindo-se a Freudenberg (1975) define o *burnout* como “(...) um conjunto de sintomas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, produto de uma exigência excessiva de energia no trabalho, e que ocorre particularmente nas profissões envolvidas numa relação de ajuda”.

Também a outra autora se deve grande importância na definição do termo. Falamos de Christina Maslach que o apresentou numa reunião científica da Associação Americana de Psicólogos em 1977, onde se referiu ao *burnout* como “(...) uma situação que sofriam com maior periodicidade aqueles que, pela sua profissão, mantinham uma relação directa e prolongada com pessoas, e depois de um período de tempo instável terminavam por sofrer um importante desgaste profissional” (Queirós, 2005:24). Maslach e Jackson (1981), citados por Santos, Saraiva e Pinto (2007:12) definem ainda *burnout* como um processo que conduz a uma resposta inadequada ao stress laboral, o que por sua vez conduz a um esgotamento

físico e psicológico, atitude fria e despersonalizada e sentimentos de fracasso no que respeita ao trabalho.

Christina Maslach desenvolveu ainda, em 1981, um instrumento para verificar os sentimentos pessoais e atitudes no trabalho, sendo um dos instrumentos para avaliar o *burnout* mais utilizado em todo o mundo. Este instrumento, chamado Maslach Burnout Inventory, é um questionário constituído por 22 itens, com pontuações que variam entre 0 e 6 para cada item (0 significa nunca e 6 todos os dias). O objectivo do questionário é a caracterização de 3 dimensões fundamentais na avaliação do *burnout*: “exaustão emocional” (EE), “despersonalização” (DP) e “realização profissional” (RP). A pontuação é atribuída a cada subescala de modo separado e para a obtenção de resultados não é tida em consideração nenhum somatório das 3 dimensões. Podemos afirmar que uma pessoa tem elevados índices de *burnout* quando tem pontuações elevadas nas dimensões EE e DP, e ao mesmo tempo baixos valores de RP; por outro lado um baixo nível de *burnout* é dado por pontuações baixas nas dimensões EE e DP e valores altos de RP. Após a publicação do primeiro questionário outros dois foram já publicados, o último dos quais em 1996, com a colaboração de outro investigador, Michael Leiter (Campos, 2005:36).

Definições mais recentes são as de Harrison (1999), referido por Campos (2005: 39) que define *burnout* como um tipo de stresse de “(...) carácter persistente, vinculado a situações de trabalho, resultante da constante e repetitiva pressão emocional associada a intenso envolvimento no trabalho com pessoas por longos períodos de tempo”.

Codo e Vasco Menezes (1999) definem *burnout* como a síndrome da desistência ao deixar-se de investir no trabalho e nas relações que dele decorrem.

Benevides-Pereira (2002) refere-se a *burnout* como uma metáfora para aquele que ficou sem energia, que atingiu o limite e como tal não tem mais condições de desempenho físico ou mental.

Dada a proximidade entre o conceito de stresse e de *burnout* é importante a clarificação das suas diferenças. Nem sempre o stresse é prejudicial, no entanto, quando prolongado é uma das causas de esgotamento e pode conduzir ao *burnout* (França & Rodrigues, 1997), ou seja, o stresse pode ou não levar a um desgaste geral do organismo dependendo da sua intensidade, duração, vulnerabilidade do indivíduo e habilidade em fazer a sua gestão. O stresse pode apresentar sintomas negativos ou positivos, enquanto que o *burnout* está sempre relacionado com aspectos negativos e com o trabalho.

3.2 – *BURNOUT*: MANIFESTAÇÕES E CAUSAS

Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), independentemente das diferentes definições que possam existir para *burnout* as pessoas que o experimentam têm em comum: (1) a predominância de sintomas relacionados com a exaustão emocional, mental, fadiga e depressão; (2) sintomas relacionados com o trabalho; (3) a ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos físicos; (4) a não existência prévia de distúrbios psicológicos; (5) atitudes e comportamentos negativos que levam a uma diminuição dos afectos e do desempenho no trabalho.

Maslach e Jackson (1981) citados por Campos (2005:41) especificam as 3 dimensões do *burnout*:

Desgaste ou Exaustão Emocional – corresponde à variável mais próxima do stress. Refere-se a um sentimento de sobrecarga emocional e caracteriza-se pela perda de energia, podendo afectar o indivíduo quer a nível físico quer psicológico, sentindo-se diminuição da capacidade de trabalho;

Despersonalização – ansiedade, irritabilidade e perda de motivação são algumas das principais características desta dimensão. O indivíduo tende a não ter a mesma responsabilidade com os resultados do seu trabalho, a isolar-se dos outros e manter uma atitude fria com as pessoas, tratando-os mesmo de forma desumanizada;

Incompetência ou falta de Realização Pessoal – sentimento de inadequação pessoal e profissional ao trabalho. Sentimentos de baixa auto-estima, depressão e avaliação negativa face ao seu desempenho.

Alvarez, et al. (1993) referido em Queirós (2005) refere que os sintomas de *burnout* podem agrupar-se em quatro áreas, como se resume no próximo quadro:

Área	Sintomas
Sintomas psicossomáticos	Fadiga, cefaleias, perturbações gastrointestinais, perda de peso, hipertensão, asma, entre outros.
Sintomas comportamentais	Absentismo laboral, comportamentos violentos, comportamentos de alto risco, incapacidade para relaxar entre outros.
Sintomas emocionais	Distanciamento afectivo, impaciência, irritabilidade, entre outros.
Sintomas defensivos	Negação das emoções, supressão consciente da informação, entre outros.

Quadro nº 2 – Sintomas de *burnout*. Adaptado pelas autoras a partir de Queirós (2005)

Vários estudos têm sido desenvolvidos no sentido de melhor compreender o fenómeno do *burnout* e sobre quais os seus principais factores desencadeantes. Queirós (2005), referenciando Maslach e Leiter (1997) identifica como factores de *burnout*: 1) carga excessiva de trabalho; 2) falta de controlo; 3) baixos salários; 4) falha na equidade e justiça; 5) fadiga; 6) fragmentação das relações interpessoais e 7) conflito de valores.

Em 1974, Freudenberg referia como causas de *burnout* entre as enfermeiras a baixa implicação laboral, a falta de apoio da supervisão e da direcção, a pressão do trabalho, a idade, e as características determinadas pelo local de trabalho, onde incluía a falta de suporte social, a indefinição de tarefas, o escasso nível de autonomia no trabalho, a incomodidade física, as mudanças tecnológicas e a elevada pressão no trabalho.

Alvarez et al. (1993), referido também por Queirós (2005), distingue factores intrínsecos e extrínsecos predisponentes do *burnout*. As variáveis do posto de trabalho e da organização são consideradas variáveis intrínsecas à organização, inserindo-se neste grupo:

- a autonomia profissional: existem estudos realizados que comprovam que o *burnout* decresce à medida que aumenta a capacidade de decisão, normalmente associada a um aumento de posto na hierarquia da empresa;
- a diversidade de tarefas: acumulação de tarefas extremamente burocráticas e que se pensa serem competência de outros profissionais;
- o volume de trabalho: quantidade de trabalho em si;
- o reconhecimento social no trabalho: falta de reconhecimento social da profissão;
- a promoção e o desenvolvimento pessoal: aspectos relacionados com a progressão na carreira;
- a dimensão física: condições relativas ao ambiente físico (ruído, humidade, luminosidade, temperatura, funcionalidade dos espaços, entre outros);
- a dimensão social: a rede de relações profissionais imprime uma importante contribuição para o desgaste emocional;
- a dimensão organizacional: tempo gasto com burocracia; estrutura hierárquica.

3.3 – PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NO *BURNOUT*

As estratégias de prevenção e tratamento do *burnout* podem ser agrupadas em três categorias: individuais (formação em resolução de problemas, assertividade e gestão do tempo de maneira eficaz), de grupo (procurar o apoio dos colegas e supervisores) e organizacionais (desenvolvimento de medidas de prevenção para melhorar o clima organizacional).

Santos, Saraiva e Pinto (2007) citando Frاسquilho (2003) sugerem estratégias de prevenção do *burnout* com a capacitação do profissional através de: aprendizagem de estratégias de *coping* com os agentes de stresse específicos da profissão; acções formativas que focalizem: comunicação, competências relacionais, assertividade, gestão do conflito, gestão de tempo; incentivos para o trabalho de equipa; opções e estilos de vida saudáveis; melhores condições organizacionais; melhoria do ambiente físico e psicossocial; melhoria das condições de trabalho; formação; clareza de comunicação; participação e autonomia com responsabilização; reconhecimento e prática de competências; adequação entre estatuto e papel desempenhado; possibilidade de desenvolvimento de carreira”.

Para Garcia (2003) a prevenção passa pela reconstrução das empresas, modificar a gestão dos trabalhadores centrando-se no indivíduo, adaptar e melhorar as condições de trabalho dos hospitais e centros de saúde. Poderiam ser desenvolvidos sistemas de recompensas, bem como a criação de oportunidades de progressão na carreira. O *burnout* nos enfermeiros pode diminuir a produtividade, podendo gerar erros e acidentes de trabalho, absentismo, abuso de drogas, podendo também levar ao abandono da profissão. Garcia (1990) propõe estratégias de intervenção no *burnout* a três níveis: individual (medidas como a possibilidade de obtenção de frequentes períodos de férias, manter uma adequada auto-estima); social (releva-se a importância da família, do grupo de amigos, dos colegas); e organizacional (estímulos ou incentivos positivos podem constituir um reforço importante para o indivíduo).

3.4 – ESTUDOS SOBRE O *BURNOUT*

A produção académica sobre o *burnout* tem crescido exponencialmente nos últimos anos, fruto da importância que se reconheceu a esta síndrome como factor a ter em consideração no ambiente laboral.

Queirós (2005) referindo Martín et al. (1994) afirma que o pessoal de Enfermagem, é o grupo profissional mais vezes referenciado na literatura como predisponente ao *burnout*. Para este autor, os factores que mais afectam os enfermeiros são a proporção de doentes a atender, ou seja, mais doentes menor satisfação; a escassez de pessoal que condiciona a qualidade da assistência prestada; a possibilidade de errar e de esse erro trazer consequências para os doentes; falta de participação nas tomadas de decisão; desconhecimento dos problemas dos trabalhadores por parte das administrações.

Vives (1994), num estudo efectuado com 477 enfermeiros e auxiliares de 6 hospitais de Palma de Maiorca, identificou como causas mais importantes de stresse: a sobrecarga de trabalho; a

escassez de pessoal; os conflitos na equipa; a insuficiência de recursos materiais; os turnos; e a morte.

Segundo o mesmo autor e estudo, podemos associar ao stresse entre os enfermeiros os seguintes factores:

- Ambientais: tipo de unidade e serviço, condições físicas, estado dos pacientes e tipo de cuidados;
- Relacionais: más relações com os superiores e/ou colegas, restrição da autonomia pessoal;
- Organizativos e burocráticos: má organização e distribuição de tarefas, horário inflexível, excessiva carga de papéis a preencherem, excesso de tarefas administrativas sem recompensa por isso;
- Profissionais e inerentes ao desempenho: sentir-se não preparado profissionalmente, lidar constantemente com o sofrimento e a morte, tarefas ingratas, pesadas e repetitivas, ambições profissionais frustradas, vencimentos baixos;
- Relacionados com a pressão e exigência: escassez de pessoal, imposição de prazos, cumprir ordens de mais do que uma pessoa ao mesmo tempo, pouco tempo para as tarefas mais gratificantes.

Outros estudos são a seguir apresentados sobre a forma de quadro:

Autor	Estudo	Resultados
Garrido, 2009	Estudo realizado com 143 enfermeiros	O trabalho por turnos e o tipo de serviço têm influência no <i>burnout</i> ; o <i>burnout</i> tem uma correlação negativa com a satisfação profissional e com o bem-estar.
Queirós, 2005 referindo-se a Mendes, 1995	Estudo realizado com 147 enfermeiros	A percepção que um indivíduo tem entre as expectativas das diferenças geradas acerca do próprio trabalho e a sua não realização, constituem uma fonte importante no desenvolvimento da síndrome de <i>burnout</i> ”.
Queirós, 2004	Estudo realizado com 154 enfermeiros	37% dos enfermeiros apresentam exaustão emocional e 32 a 39% despersonalização e baixa realização pessoal
Dionísia Loreto, 2000	Estudo realizado com 126 enfermeiros	O apoio social, sobretudo o apoio social no trabalho e o nível de satisfação nas diversas áreas da vida (familiar, social e com o trabalho) correlacionam-se de forma negativa com o <i>burnout</i> . Existe correlação entre o trabalho por turnos e o <i>burnout</i> e não encontrou relações significativas entre este e variáveis sociodemográficas e socioprofissionais e o <i>burnout</i> .

Queirós, 1997	Estudo realizado com enfermeiros	Existência de correlações negativas significativas entre satisfação no trabalho, exaustão e despersonalização; e correlações positivas entre satisfação no trabalho e realização pessoal;
Correia, 1997	Estudo realizado a 88 profissionais de um centro de atendimento a Toxicodependentes	A satisfação profissional e o <i>turnover</i> são os factores mais significativamente associados à síndrome de <i>burnout</i> ;
Renato Nunes, 1990	Estudo realizado a 108 enfermeiros	A idade, o género e a categoria profissional eram variáveis a ter em consideração no <i>burnout</i> .

Quadro nº. 3 - Quadro síntese de trabalhos de investigação sobre o *burnout* em enfermeiros (construído pelas autoras)

PARTE II - ESTUDO DE CAMPO

4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 – ABORDAGEM METODOLÓGICA

De acordo com o problema apresentado classificamos o estudo como exploratório correlacional.

4.2 – DELINEAMENTO DO ESTUDO

4.2.1- Principais Hipóteses

As hipóteses à partida para este estudo são:

- **Hipótese 1** – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego, trabalho por turnos e tempo de exercício profissional, têm influência na exaustão emocional dos enfermeiros.
- **Hipótese 2** – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego, trabalho por turnos e tempo de exercício profissional, têm influência na despersonalização dos enfermeiros.

- **Hipótese 3** – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego, trabalho por turnos e tempo de exercício profissional, têm influência na realização dos enfermeiros.
- **Hipótese 4** – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego, trabalho por turnos e tempo de exercício profissional, têm influência no *burnout* dos enfermeiros.
- **Hipótese 5** – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego, trabalho por turnos e tempo de exercício profissional, têm influência na relação com a chefia.
- **Hipótese 6** – A relação com a chefia tem influência no *burnout* dos enfermeiros.

4.3 – AMOSTRA E PROCEDIMENTO

4.3.1- Amostra

A amostra de conveniência para o presente estudo foi constituída por 128 enfermeiros. A maioria pertence ao género feminino ($n=111$, 87%), enquanto o género masculino se encontra representado por apenas 13% ($n=17$) do total, conforme se pode apreciar no gráfico nº 1.

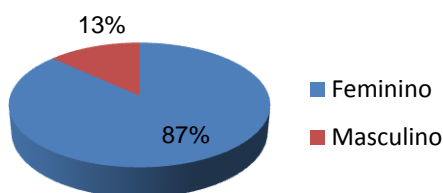


Gráfico nº. 1- Distribuição da amostra por “Género”

A média de idades da amostra é de 31,4 anos ($dp=9,3$ anos), sendo que o sujeito mais novo tem 23 anos e o mais velho 65 anos. O escalão etário mais representado é o escalão 26-30 anos (53,5%).

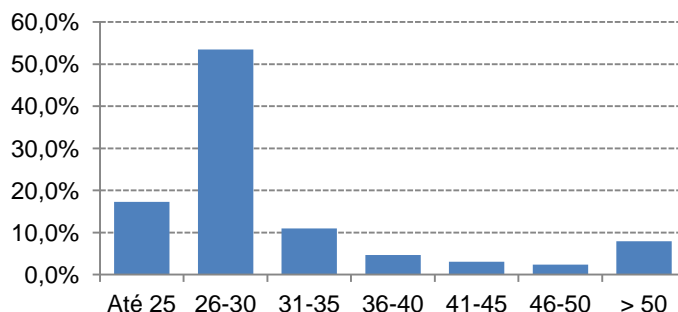


Gráfico nº. 2- Escalões etários

No que se refere ao tempo de serviço, um pouco mais de metade da amostra tem 5 ou menos anos de serviço (54,8%).

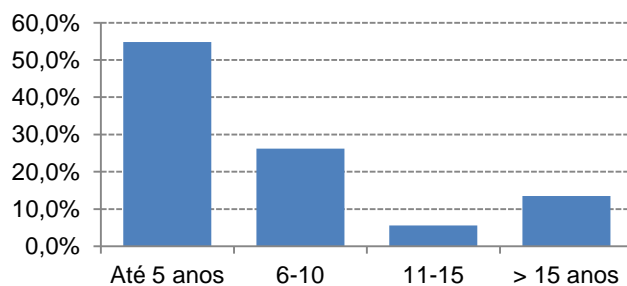


Gráfico nº 3 - Distribuição da amostra por “**Tempo de serviço**”

A análise da distribuição dos níveis de habilitações indica-nos que três quartos (75,0%) apresentam habilitações ao nível da licenciatura. As pós-graduações e os mestrados ou doutoramentos totalizam 14,0%.

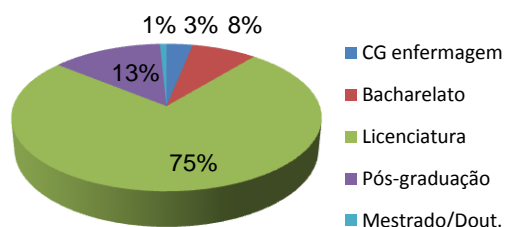


Gráfico nº. 4 – Distribuição da amostra por “**Habilitações Académicas**”

Praticamente quase todos os enfermeiros têm um horário de trabalho a tempo completo (95,3%). Apenas 5 enfermeiros (3,9%) indicam que têm um horário de trabalho a tempo parcial.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Tempo parcial	5	3,9	3,9	3,9
Tempo completo	121	94,5	95,3	99,2
Outro	1	,8	,8	100,0
Total	127	99,2	100,0	
Omissos	1	,8		
Total	128	100,0		

Tabela nº. 1 - Distribuição da amostra por “**Horário de trabalho**”

Numa percentagem quase idêntica (91,3%) os enfermeiros indicam que trabalham por turnos.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sim	116	90,6	91,3	91,3
Não	11	8,6	8,7	100,0
Total	127	99,2	100,0	
Omissos	1	,8		
Total	128	100,0		

Tabela nº. 2 - Distribuição da amostra por “**Trabalho por Turnos**”

Apenas uma pequena percentagem de 11,9% ($n=15$) dos enfermeiros afirmam que não trabalham no serviço onde gostariam de trabalhar.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sim	111	86,7	88,1	88,1
Não	15	11,7	11,9	100,0
Total	126	98,4	100,0	
Omissos	2	1,6		
Total	128	100,0		

Tabela nº. 3 – Distribuição da amostra por “**Serviço desejado**”

No que se refere ao vínculo laboral, os contratos de trabalho sem termo abrangem 66,1%, e os contratos de trabalho a termo certo abrangem 14,5%.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sem termo	82	64,1	66,1	66,1
Termo certo	18	14,1	14,5	80,6
Prestação serviços	5	3,9	4,0	84,7
Outro	19	14,8	15,3	100,0
Total	124	96,9	100,0	
Omissos	4	3,1		
Total	128	100,0		

Tabela nº.4 – Distribuição da amostra por “**Tipo de Vínculo**”

Quase metade dos enfermeiros (48,0%) indica que têm um duplo emprego, sendo que 48,3% destes têm um horário de 20h e 21,7% um horário de 24 horas no segundo emprego.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sim	61	48,0	48,0	48,0
Não	66	52,0	52,0	100,0
Total	127	100,0	100,0	

Tabela nº. 5 – Distribuição da amostra por “**Duplo emprego**”

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
20 h	29	22,8	48,3	48,3
24 h	13	10,2	21,7	70,0
35-40 h	9	7,1	15,0	85,0
Outro	9	7,1	15,0	100,0
Total	60	47,2	100,0	
Omissos	67	52,8		
Total	127	100,0		

Tabela nº. 6 – Distribuição da amostra por “**Horário de trabalho no duplo emprego**”

4.3.2- Procedimento

Para a realização do questionário foi formalizado pedido de autorização à sua aplicação à Direcção dos Serviços de Enfermagem do Hospital da Cruz Vermelha.

Os questionários foram distribuídos no mês de Janeiro de 2012 estando à disposição dos enfermeiros por cerca de 30 dias.

No sentido de perceber se o questionário continha algum tipo de problemas foi passado como pré-teste a uma amostra de 20 enfermeiros da mesma instituição de saúde, não tendo sido apontados ou referidas quaisquer dificuldades no seu preenchimento.

Responderam ao questionário 128 enfermeiros, o que perfaz uma percentagem de 79% relativamente ao número total de enfermeiros da instituição.

Para o tratamento estatístico das variáveis em estudo foi utilizado o “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS), versão 18.0 para Windows.

4.4 – INSTRUMENTOS DE PESQUISA

4.4.1 – Escala LMX

A escala LMX utilizada no presente trabalho tem por base uma versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gaspar (2005) a partir do original LMX-7 de Graen, Novak e SommerKamp (1982) e Sears e Graen (1984). A escala original é composta por sete itens, numa escala tipo Lickert a 5 pontos, sendo um instrumento de medida recomendado pela literatura com consistências internas perto de .90. Os itens que a compõem apontam para aspectos do reconhecimento pela chefia das qualidades e potencialidades do colaborador, confiança na chefia directa e qualidade da relação entre ambos.

A versão traduzida aplicada neste estudo, revelou uma consistência interna de .92, revelando que os participantes avaliam a relação com a chefia próximo do ponto médio. O desvio padrão oscila entre .83 e 1.15 o que revela as boas qualidades métricas do instrumento Gaspar (2005).

4.4.2 - Maslach Burnout Inventory

O inventário de *burnout* usado tem por base uma versão traduzida e adaptada do “Maslach Burnout Inventory” (Maslach & Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996) sendo composto por 22 itens, com uma escala do tipo Likert composto por sete graus de resposta, variando de 0 (“Nunca”) a 6 (“Todos os dias”). Os itens que compõem cada escala e as pontuações máximas são os seguintes: a) exaustão emocional com 9 itens (1,2,3,6,8,13,14,16,20) e um resultado máximo de 54; b) despersonalização com 5 itens (5,10,11,15,22) e um resultado máximo de 30; e, c) realização pessoal com 8 itens (4,7,9,12,17,18,19,21) e um resultado máximo de 48. Os cinco itens da despersonalização expressam ausência de sentimento e resposta impessoal para quem recebe o serviço do profissional. O factor fica menos claramente definido do que o anterior, e os itens dão parte da sua variância ao primeiro factor, com o qual apresenta alguma co-variância. Uma pontuação elevada nas duas escalas corresponde a uma pessoa com síndrome de stress labora assistencial; como informação original as escalas de exaustão emocional e de despersonalização apresentam uma inter-correlação de 0,52 no manual original.

Por fim, a terceira dimensão tem oito itens que descrevem os sentimentos de competência e êxito no trabalho pessoal. Uma pontuação baixa corresponde a um elevado índice da síndrome. Quando existem, há saturações pouco significativas destes itens com as outras dimensões e, por isso, são muito pequenas as relações entre esta escala e as duas primeiras ($r = -0,22$ e $r = -0,26$ entre as escalas) no estudo original.

Os coeficientes de consistência interna nas sub-escalas originais foram, respectivamente, .90 para a exaustão emocional, .79 para a despersonalização e .71 para a realização pessoal, tendo sido obtido um valor de alfa de .75 para o total da escala (Maslach & Jackson, 1986). Quanto aos critérios para a interpretação das pontuações, as autoras decidiram empregar uma classificação tripartida da variedade de resultados no MBI.

Tendo como ponto de vista a síndrome que mede o MBI, na categoria baixa temos os resultados com os sujeitos que ocupam o terço inferior (1 a 33), na categoria média estão as pontuações dos casos que ocupam o terço central de uma distribuição normal (34 a 66) e na categoria alta as pontuações do terço superior (57 a 99).

Como já foi referido, o instrumento utilizado tem por base uma versão traduzida e adaptada do “Maslach Burnout Inventory” (Maslach & Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996). Nesta adaptação e validação portuguesa do MBI confirmou-se a existência dos três factores ou dimensões originais de *burnout* (Cruz & Melo, 1996). Na análise factorial que foi elaborada evidenciaram-se três factores originais e principais que, no seu conjunto, explicavam 43,4% da variância total. No estudo realizado com 439 psicólogos, Gomes e Cruz (1999) obtiveram, respectivamente, o valor de alfa de .80 para a exaustão emocional, o valor de alfa de .71 para a despersonalização e o valor de alfa de .70 para a realização pessoal, tendo sido obtido um valor de alfa de .75 para o total da escala.

Na adaptação portuguesa do MBI, valores acima de 2,6 na dimensão de exaustão emocional e de 1,8 na despersonalização, são indicadores de elevados níveis de *burnout*. O mesmo acontece com os valores inferiores a 3,5 na dimensão da realização pessoal, em que os valores mais elevados são indicadores de menor *burnout*.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1- ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A consistência interna dos instrumentos utilizados na nossa investigação foi analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna *Alpha de Cronbach*. Os valores encontrados para a escala de *Burnout* variam entre 0,540 (fraco) na subescala de despersonalização e 0,899 (excelente) na subescala de exaustão emocional. O valor global de *Burnout* é de 0,712. Na escala de relação com a chefia obteve-se um valor de 0,879 (bom).

Segundo Pestana e Gageiro (2000:415) a consistência interna varia entre 0 e 1, considerando-se como indicador de boa consistência interna ser superior a 0.8, embora se superior 0.7 já se

possa considerar adequado para avaliar a variável em estudo, situação que se verificou nos valores totais das escalas utilizadas, tal como se pode apreciar na tabela nº. 7.

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Exaustão emocional	0,899	9
Despersonalização	0,540	5
Realização pessoal	0,742	8
<i>Burnout</i>	0,712	22
Relação com a chefia	0,879	7

Tabela nº. 7 – Consistência interna dos instrumentos utilizados

Analisámos também os instrumentos no que respeita a médias, desvios padrão e valores mínimos e máximos obtidos.

Desta forma os valores médios e respectivos desvios-padrão obtidos pelos enfermeiros no que respeita ao “*burnout*” (valores totais e sub-escalas) e à “relação com a chefia” podem ser apreciados na tabela nº 8.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Exaustão	0,00	45,00	17,56	10,23
Despersonalização	0,00	18,00	5,17	3,95
Realização	13,00	48,00	35,38	6,64
<i>Burnout</i>	37,00	96,00	58,23	12,03
Relação com a chefia	1,57	5,00	3,21	,68

Tabela nº. 8 – Estatísticas descritivas dos instrumentos utilizados

5.2- ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS

5.2.1– Descrição dos resultados

Para avaliar os preditores significativos do “*burnout*” e da “relação com a chefia”, realizaram-se regressões lineares múltiplas com o género, idade, tempo de serviço, trabalho por turnos e duplo emprego como variáveis independentes. As variáveis qualitativas foram categorizadas em variáveis *dummy* e a respectiva categoria de referência encontra-se devidamente assinalada. Foram considerados como significativos os coeficientes de regressão com um nível de significância (α) $\leq 0,05$. No entanto, se encontrarmos coeficientes de regressão com um nível de significância (α) $\leq 0,10$ estes serão devidamente comentados. Os pressupostos do modelo de regressão linear múltipla foram testados, designadamente a multicolinearidade (VIF e tolerance), independência dos resíduos (teste de Durbin-Watson),

normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente e homocedasticidade (análise gráfica) e encontravam-se, de forma genérica, satisfeitos. A variável tempo de serviço foi excluída de todas as análises pois apresenta uma correlação muito elevada com a variável idade (multicolinearidade).

5.2.1.1 - Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na exaustão emocional dos enfermeiros.

O modelo explica 4,5% da variância total da exaustão emocional e não é estatisticamente significativo, $F(4,118) = 1,377, p=0,246$.

A regressão linear permitiu identificar a variável idade ($\beta=-0,249, t(118) = -2,235, p = 0,027$) como um preditor significativo da exaustão emocional. Como o valor do coeficiente é negativo, isso significa que quanto mais elevada é a idade menor é o valor da exaustão emocional (ver Anexo 1).

Desta forma rejeita-se a hipótese nula que a idade não tem influência na exaustão emocional e aceita-se a hipótese nula que o género, o duplo emprego e o trabalho por turnos não têm influência na exaustão emocional.

5.2.1.2 - Hipótese 2 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na despersonalização dos enfermeiros.

O modelo explica 2,5% da variância total da despersonalização e não é estatisticamente significativo, $F(4,121) = 0,250, p=0,909$.

Nenhuma das variáveis independentes se revelou como um preditor significativo da despersonalização (ver Anexo 2).

Desta forma aceita-se a hipótese nula que as variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos não têm influência na despersonalização.

5.2.1.3 - Hipótese 3 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na realização pessoal dos enfermeiros.

O modelo explica 1,5% da variância total da realização e não é estatisticamente significativo, $F(4,119) = 0,460, p=0,765$ (ver Anexo 3).

Nenhuma das variáveis independentes se revelou como um preditor significativo da realização pessoal. Mais uma vez, aceita-se a hipótese nula que as variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos não têm influência na realização pessoal.

5.2.1.4 - Hipótese 4 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência no *burnout* dos enfermeiros.

O modelo explica 1,2% da variância total do *burnout* e não é estatisticamente significativo, $F(4,117) = 0,366, p=0,832$ (ver Anexo 4).

Nenhuma das variáveis independentes se revelou como um preditor significativo do *burnout*. De novo aceitamos a hipótese nula que as variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos não têm influência no *burnout*.

5.2.1.5 - Hipótese 5 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na relação com a chefia.

O modelo explica 11,1% da variância total da exaustão emocional e é estatisticamente significativo, $F(4,120) = 3,730, p=0,007$.

A regressão linear permitiu identificar as variáveis género ($\beta=-0,403, t(120) = -2,315, p = 0,022$ e trabalho por turnos $\beta=-0,759, t(120) = -3,004, p = 0,003$ como preditores significativos da relação com a chefia. Como os valores dos coeficientes são negativos, isso significa que o género masculino e os trabalhadores que não trabalham por turnos obtêm valores mais elevados na escala de relação com as chefias (ver Anexo 5). Desta vez aceitamos a hipótese nula que as variáveis sociodemográficas idade e duplo emprego não têm influência na relação com a chefia e rejeitamos a hipótese nula de que o género e o trabalho por turnos não têm influência na relação com a chefia.

5.2.1.6 - Hipótese 6 – A relação com a chefia tem influência no *burnout* dos enfermeiros.

Apenas o valor entre a exaustão emocional e a relação com a chefia é significativo ($r= -0,194$), sendo este valor negativo e muito fraco (ver Anexo 6). Assim, considera-se que a relação dos enfermeiros com as suas chefias não influencia significativamente o *burnout* destes, influenciando apenas a exaustão emocional. Nesta última hipótese mais uma vez aceitamos a hipótese nula de que a relação com a chefia não tem influência no *burnout*.

5.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No sentido de darmos resposta aos objectivos a que inicialmente nos propusemos analisamos a relação existente entre variáveis sociodemográficas e as outras variáveis contempladas nas escalas utilizadas.

A escolha das variáveis sociodemográficas utilizadas recaiu, primeiramente no facto de que considerá-las todas seria demasiado auspicioso e tornaria o trabalho muito extenso, e secundariamente no facto de serem aquelas com as quais existe alguma relação na bibliografia consultada. No entanto, apesar da bibliografia consultada ser extensa, escassos foram os trabalhos encontrados que considerassem as variáveis em estudo, menos ainda numa perspectiva de enfermagem.

O cálculo do *burnout* da nossa amostra, efectuado na apresentação de resultados, tendo em conta a bibliografia consultada, é baixo, isto porque não se obtiveram valores acima de 2,6 na dimensão “exaustão emocional” e 1,8 na dimensão “despersonalização”, indicadores de elevados níveis de *burnout*, nem valores inferiores a 3,5 na dimensão da realização pessoal (Cruz & Melo, 1996), obtendo-se, respectivamente valores de 1.95; 1.03; e 4.42; para as referidas sub-escalas.

Salienta-se então a positividade deste resultado, reconhecido que estão os prejuízos que podem advir de índices de *burnout* elevados, em primeira instância para o trabalhador e por “arrasto” para a instituição ou empresa.

As variáveis sociodemográficas que relacionámos no nosso estudo com o *burnout* foram o “género”, a “idade”, o “duplo emprego” e o “trabalho por turnos”.

Depois de efectuado o tratamento estatístico das variáveis em estudo verificámos não serem significativas as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas estudadas e o “*burnout*”.

Mesmo no que respeita às sub-escalas do *burnout* verificamos apenas a existência de relação significativa entre a variável “idade” e “exaustão emocional”.

Estes resultados de certo modo, fazem jus aos baixos índices de *burnout* da amostra, no entanto não vão de encontro a tantos outros resultados de estudos considerados neste trabalho que apontam relação entre outras variáveis sociodemográficas e o *burnout*.

Na pesquisa bibliográfica desenvolvida para a realização do presente trabalho, consideramos alguns estudos referentes ao *burnout*. Para Campos (2005, referenciando Leiter, 1990; Urdaniz, 1997; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schaufeli, 1999; Carloto, 2001; Pereira, 2002), alguns dos principais factores influenciadores do *burnout* são a idade, o estado civil, a existência ou não de filhos, o sexo, as habilitações literárias, a personalidade, o neuroticismo e a motivação. Também Nunes (1990) afirma haver relação entre o *burnout*, a idade, o sexo e a categoria profissional. Como podemos observar, nem todas estas variáveis foram incluídas no nosso estudo, no entanto existe alguma discrepância entre as que o foram e os nossos resultados. A idade apenas revelou influência na sub-escala do *burnout* “exaustão emocional”, não tendo sido obtido significado estatístico entre esta e as restantes sub-escalas do *burnout*,

nem entre esta e o *burnout* total. Podemos aceitar a hipótese, transmitida por estes autores, que a idade terá influência ao nível da exaustão emocional e com maior frequência em indivíduos mais jovens, pela inexperiência profissional ou choque entre a formação académica e o exercício profissional, uma vez que a nossa amostra era maioritariamente constituída por elementos jovens com formação recente.

Uma variável sociodemográfica que não foi considerada no nosso trabalho pela alta probabilidade de identificar o respondente numa instituição pequena foi o tipo de serviço, que na bibliografia aparece como preditor significativo do *burnout* (Santos, Saraiva & Pinto, 2007). Também Vives (1994), num estudo realizado com enfermeiros, identificou como causas importantes de *burnout* o tipo de unidade e serviço em que os enfermeiros desempenhavam funções.

Outra das variáveis sociodemográficas consideradas no nosso estudo que não se demonstrou ter influência no *burnout* diz respeito ao trabalho por turnos. Citamos estudos de Garrido (2009), Amaro (2005) e Dionísia Loreto (2000) onde estes autores evidenciam resultados entre o trabalho por turnos e o *burnout*, facto que não se verificou na nossa amostra. Tal como Dionísia Loreto (2000) não encontrou relações significativas entre o *burnout* e variáveis sociodemográficas e socioprofissionais, também nós estabelecemos pouca interacção entre elas ao contrário de outros estudos, provavelmente por razões amostrais ou simplesmente porque a uniformidade em síndromes é algo praticamente impossível de se verificar, não obstante a opinião de Queirós (2005) que nos diz que o pessoal de enfermagem é o grupo profissional mais vezes referenciado na literatura como predisponente ao *burnout*.

No que respeita ao cálculo da relação com a chefia, os nossos resultados vão de encontro aos resultados de Gaspar (2005), sendo que esta autora encontrou no seu estudo valores médios de três, classificando neste caso a relação com a chefia ao nível do satisfatório. A nossa amostra revelou um valor médio de relação com a chefia de 3.21, o que para um valor mínimo de 1.57 e máximo de 5.00 a situa acima da média. Por analogia podemos afirmar que os enfermeiros na nossa amostra classificam a relação com a sua chefia ao nível do satisfatório.

As variáveis sociodemográficas que cruzámos com a relação com a chefia foram as mesmas que com o *burnout*. Desta forma utilizámos as variáveis “género”, a “idade”, o “duplo emprego” e o “trabalho por turnos”.

Através da regressão linear pudemos constatar que as variáveis “género” e “trabalho por turnos” são preditores da relação com a chefia. Conseguimos ainda aferir que é o género masculino e os trabalhadores que não trabalham por turnos os que obtêm valores mais elevados na escala de relação com as chefias.

Ao correlacionarmos a relação com a chefia com o *burnout*, não encontramos valores estatisticamente significativos. Apenas o valor entre a exaustão emocional e a relação com a chefia é significativo.

Ora os resultados por nós obtidos vão de encontro aos estudos consultados na elaboração da fundamentação teórica.

Citando Pires (2011), que refere que altos níveis de LMX, mais especificamente no que respeita ao apoio, comunicação, compreensão e reconhecimento por parte do líder, ajudam a reduzir a incerteza e a ambiguidade de papéis, ao contrário de níveis baixos de LMX que se relacionam com experiências de *burnout*, encontramos suporte para os nossos resultados. Também nós obtivemos valores de relação com a chefia elevados e níveis de *burnout* baixos, sendo óbvio que estes se correlacionam de forma inversa. Lee e Ashforth (1996) referem também que os colaboradores que têm uma relação de alta qualidade sentem mais apoio emocional, sendo que a falta deste apoio emocional está relacionada com o *burnout*. Pires (2011) verificou ainda no seu estudo que a LMX se relaciona negativa e significativamente, tanto com a exaustão emocional como com o cinismo, observando que a LMX contribui para explicar a exaustão que os trabalhadores sentem. Também aqui os nossos resultados vão de encontro aos obtidos na bibliografia consultada, ou seja, também nós determinamos como significativa a relação entre a exaustão emocional e a relação com a chefia.

Também Lankau e Thomas (2009) reconheceram que a qualidade da relação que existe entre o líder e os seus subordinados poderá ter influência no *burnout* experienciado pelos trabalhadores. Os mesmos autores concluíram também que valores elevados de relação com a chefia podem servir de recurso para minimizar a exaustão emocional, resultados que, mais uma vez corroboram as conclusões por nós alcançadas.

No que concerne ao género a revisão de literatura diz-nos, de certa forma, que não existe consenso entre o efeito deste na relação com a chefia (Silva, 2010). Também observamos na literatura não existir consenso entre o tempo de relacionamento e convivência com a chefia e o fortalecimento da relação entre líder e liderado, ainda que Graen e Uhl-Bien (1995) afirmem que a relação entre líder e colaborador tende a evoluir ao longo do tempo permitindo aumentar o número de relações de elevada qualidade.

No entanto, Amaral et al. (2007) concluiu que as pessoas do género feminino se sentiam mais participantes do endogrupo do que as pessoas do género masculino.

No que respeita ao género os nossos dados apontam para uma influência estatisticamente significativa entre o género e a relação com a chefia, contribuindo assim, eventualmente, para algum esclarecimento no que respeita a este ponto. Concluímos ainda que o sexo masculino tem valores de relacionamento com a chefia mais elevados do que as mulheres, facto que não

conseguimos comprovar através da revisão da literatura e para o qual é difícil avançar com uma explicação empírica para além do facto de os homens continuarem a ser uma minoria nos serviços de enfermagem e que contrariam os resultados de Amaral (2007).

Relativamente às outras variáveis sociodemográficas não foram encontradas relações estatisticamente significativas ao contrário do que Martin e Epitropaki (1999) identificaram, ou seja que características demográficas como idade e o tempo de instituição eram preditoras no relacionamento diádico.

7. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Consideramos no presente estudo variáveis sociodemográficas e a sua relação quer com o *burnout* quer com a relação com a chefia. As variáveis sociodemográficas consideradas foram as que na maior parte dos estudos envolvendo a profissão de enfermagem são referidas: género, idade, trabalho por turnos e duplo emprego. Obviamente que outras variáveis poderiam ter sido consideradas mas as seleccionadas continuam a ser extremamente importantes. A idade porque a enfermagem, especialmente nos últimos anos, tem aumentado significativamente o seu número de profissionais, o que se traduz em serviços jovens; o género porque importa perceber se começam a existir diferenças significativas com a alteração da hegemonia feminina; o trabalho por turnos, pela sua necessária consideração comprovados que estão os malefícios para a saúde do trabalhador a vários níveis; e o tipo de contrato pela incerteza e precariedade dos tempos que correm. Como já tivemos oportunidade de demonstrar, apenas a idade se revelou com influência na subescala exaustão emocional do *burnout*, e o género e o trabalho por turnos na relação.

Neste estudo partimos também da suposição empírica da existência de correlação entre as variáveis *burnout* e relação com a chefia onde identificamos relação significativa entre a exaustão emocional e a relação com a chefia. Em estudos realizados por Lee e Ashforth (1996), a qualidade da relação líder-membro foi negativamente relacionada com as dimensões do *burnout*, exaustão emocional e cinismo, ao que se pode afirmar que, efectivamente a relação do trabalhador com o seu líder é importante na predição do *burnout*. As chefias tendem a estabelecer relações com os seus subordinados que são diferentes de pessoa para pessoa. O facto de a LMX estar negativamente relacionada com o *burnout* deve-se muito a essas relações que os trabalhadores estabelecem com os seus líderes, nas diferenças de estilo e contributo da comunicação. Como se verificou, quando existe uma boa relação com a chefia,

existe uma maior autonomia, oportunidades de trabalho, maior apoio e recursos influentes aos trabalhadores (Graen & Uhl-Bien, 1995).

Tal como referimos na introdução do nosso trabalho, a estrutura dos cuidados de saúde em Portugal tem sofrido algumas alterações, principalmente no que respeita ao sector privado da saúde, o que tem levado a mudanças no organograma da enfermagem que passou de uma estrutura piramidal para uma estrutura mais “achatada”.

Citamos Dias (2001) para referir que a enfermagem, como disciplina do conhecimento tem pela frente o desafio duma sociedade centrada na economia de mercado onde as organizações de prestação de cuidados de saúde têm evoluído para uma administração empresarial, onde se requer que para além de uma gestão compatível com a sobrevivência económica, se deve continuar a atender ao direito do cidadão em aceder a cuidados de saúde a um nível de qualidade e respeito que as pessoas merecem e com os meios humanos e materiais envolvidos que será razoável esperar.

Não nos podemos esquecer que a enfermagem continua a ser o grupo mais representativo dentro de qualquer instituição de saúde e um dos principais, senão o principal, responsável pelo correcto funcionamento de toda a instituição e para o cumprimento do seu objectivo mais essencial, a prestação de cuidados de saúde qualidade. Desta forma perceber como se sentem os enfermeiros, perceber se a relação com chefia é boa ou não, são efectivamente factores a ter em consideração.

Sabemos, como já tivemos oportunidade de fazer referência, dos prejuízos pessoais para a saúde do profissional e consequentemente para a instituição que níveis de *burnout* elevados podem trazer, pelo que este deve ser um fenómeno importante a ter em consideração no sentido de se maximizarem os recursos humanos, zelando pela sua saúde e felicidade na garantia de que provavelmente assim a organização só terá a ganhar.

Por outro lado a relação com a chefia também pode revestir-se de extrema importância não só porque se sabe da estreita ligação entre esta e o *burnout*, como também porque com esta em valores elevados, trabalhar a equipa que se chefia será sempre mais fácil, até porque cada vez mais se dá ênfase ao papel e importância dos liderados (Fernandes, 2011:31).

A teoria da troca entre líder e liderado - LMX surgiu na década de 70 e foi fruto do trabalho que Dansereau, Caschman e Graen (1973, citado por Silva, 2010).

O modelo desta teoria, sugere que os líderes e os subordinados estabelecem relações diferentes entre si. Pina e Cunha et al. (2007:378) referem que esta teoria assenta na premissa básica “segundo a qual os líderes desenvolvem relações de troca diferenciadas com os seus subordinados, de tal modo que as duas partes definem mutuamente papéis” (díades).

Não fazia parte dos objectivos deste trabalho investigar qual a percepção que os chefes tinham da qualidade da sua relação com os subordinados, nem determinar quais os elementos que pertencem ao endogrupo ou exogrupo, no entanto sabe-se através da bibliografia que no endogrupo as relações são fortes e o líder delega no outro membro da díade tarefas de maior responsabilidade, além de facilitar a sua participação no processo de tomada de decisão, maior possibilidade de carreira e acesso a informações privilegiadas (Yammarino, Dansereau & Kennedy, 2001).

Por outro lado, no exogrupo acontece precisamente a situação inversa, o que significa que não mantêm relacionamento de reciprocidade. No nosso trabalho poderemos apenas fazer a analogia que Sparrowe e Liden (1997) nos transmitem, ou seja, o membro do grupo corresponde, em termos de comportamentos e atitudes, ao tratamento recebido, os aspectos da reciprocidade correspondem à base das relações sociais em todas as suas esferas retribuindo-se os “benefícios e favores recebidos de outras pessoas” (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2003:259), com a finalidade de se manterem as relações sociais estáveis. Ora se as relações com a chefia na nossa amostra eram elevadas podemos referir que não só os colaboradores têm uma boa relação com a chefia como o contrário também acontece, o que fará apresentar resultados diferenciados para a díade e para a organização. A maior parte dos colaboradores desenvolve um vínculo psicológico positivo e duradouro com a organização para a qual trabalham, baseado num padrão de expectativas acerca do que esta lhes deveria oferecer ou que é obrigada a dar (Anderson & Schalk, 1998). Quando os trabalhadores concebem que o seu contrato está a ser cumprido, isso significa que a organização está a satisfazer as expectativas a que se propôs, levando a que o trabalhador reconheça a relação que esperava obter.

Uma relação onde predomina uma reciprocidade de expectativas e promessas mútuas, ajuda o trabalhador na construção do senso da realidade da sua organização e na obtenção de um maior contentamento, prazer e confiança no seu empregador (Rousseau, Hui & Lee, 2004).

Para os trabalhadores, o líder exerce a função de “ponte” entre eles e a organização, assumindo uma importância extrema na maneira como os trabalhadores se sentem no seu local de trabalho, na maneira como se disponibilizam à organização e à sua função. Esta mediação conseguiu demonstrar que os trabalhadores ao terem uma boa relação com o seu líder, ao se sentirem apoiados e que são importantes para o sucesso do trabalho, verão diminuir a sua vulnerabilidade psicológica e o desgaste psicológico.

Mais uma vez consideramos o nosso estudo muito importante, uma vez que de acordo com Almeida (2010) a literatura tem demonstrado que a LMX está fortemente relacionada, não só com o desempenho dos subordinados, mas também com outros resultados afectivos, tais como

o empenho, a intenção de *turnover* e a satisfação (Makham et al. 2010), factores muito importantes em qualquer organização.

A grande contribuição que os pressupostos da LMX trazem para ajudar os estudiosos a identificar e compreender o processo da liderança organizacional está na constatação empírica da existência de díades e, ao mesmo tempo, em poder indicar algum ou alguns dos factores de convergência que estimulam a formação de díades.

Reportando-nos agora à teoria de Imogene King que serviu também de base à elaboração do presente estudo, olhamos para ela com complementaridade em relação à teoria do líder-membro. Senão vejamos. Pina e Cunha et al. (2007:378) referem que o cerne da teoria LMX não radica nos traços, nem nos comportamentos, nem nas contingências situacionais, mas antes na relação. Referem ainda que assenta na premissa básica “segundo a qual os líderes desenvolvem relações de troca diferenciadas com os seus subordinados, de tal modo que as duas partes definem mutuamente papéis” (díades).

Na teoria dos sistemas, King define saúde como o ajuste contínuo a factores de stresse no ambiente interno e externo pela optimização dos recursos da pessoa para alcançar um potencial máximo para viver. São determinados três sistemas interactivos: o pessoal, interpessoal e social (King, 1981). O sistema pessoal de King designa um indivíduo num determinado ambiente (no nosso estudo o enfermeiro no seu serviço e na sua instituição). O sistema interpessoal de King é formado pelo agrupamento de indivíduos em díades, tríades e pequenos e grandes grupos, tal como a teoria LMX defende. No sistema interpessoal é ainda relevante o conceito de “*interacção*”, definido por King (1981) como comportamentos observáveis em díades, tríades ou em grupos. Na sua interacção os indivíduos identificam metas e os meios para as alcançar mutuamente. Quando uma pessoa interage com outra acontece uma acção, ao que vai decorrer uma reacção, que determina a continuidade da interacção ou não. Caso continue, será efectivada a transacção. A interacção será influenciada pelo desempenho dos papéis individuais, tal como também já tínhamos feito referência para a teoria LMX.

Refere-nos ainda que os clientes são influenciados pelas suas interacções com o ambiente, influenciando também eles o ambiente onde estão inseridos, ou seja, também os enfermeiros são indissociáveis do ambiente onde estão inseridos (King, 1989) e inevitavelmente estabelecem interacções não só com os doentes mas também com as suas chefias e outros elementos constantes do seu ambiente de trabalho.

Até mesmo no objectivo geral do nosso trabalho esteve presente a teoria de King, pois esta autora defende que a meta da enfermagem é ajudar o indivíduo a manter a sua saúde para que, dessa maneira, ele possa desempenhar bem os seus papéis. Estudámos o *burnout*, e a sua

interacção com a relação com a chefia, *burnout* que se trata de uma síndrome patológica e que pode por em causa o normal funcionamento da organização pelo não desempenho de papéis dos enfermeiros (sendo óbvio que estamos a analisar o modelo numa perspectiva de enfermeiro como cliente). Cada sistema encontra-se em interacção com os demais, garantindo o equilíbrio individual e do grupo. Pelo seu carácter de sistemas abertos, as alterações num dos sistemas podem repercutir-se nos demais (King, 1981). King (1989) sugere que se pense nos enfermeiros como indivíduos, assim como nos doentes também como indivíduos, sendo ambos parte central dos cuidados de Enfermagem. Esta autora refere ainda que os enfermeiros são a “chave” de todos os recursos humanos nos serviços de saúde.

No que concerne a limitações do estudo, as principais serão as relacionadas com a escala LMX, ou seja, para que se pudesse avaliar a percepção que os chefes têm da sua relação com os enfermeiros teríamos de aplicar a versão LMX-chefia, o que nos permitiria avaliar eventuais discrepâncias entre o que os enfermeiros sentem e o que os chefes percebem. No entanto, as chefias na instituição considerada são em número reduzido, e facilmente identificadas através de questionário pelo que poderia ser posta em causa a fidedignidade dos dados e levantaria algumas questões éticas importantes a considerar como a eventual perda do anonimato por cruzamento de dados. Outra limitação será o número reduzido de questionários válidos o que, para extrapolação de dados à população, nos deixa um pouco limitados.

No entanto, apesar das limitações apresentadas, temos a convicção que este estudo, pelo rigor com que foi elaborado, pode servir para complementar outros estudos já existentes e, quem sabe, servir de ponto de partida para investigações futuras.

BIBLIOGRAFIA

- 📖 Alligood, M.R. (2006). Philosophies, models, and theories: critical thinking structures. In: Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (Eds). *Nursing theory: utilization & application*. 3ª Edição, St. Louis, Mosby Elsevier.
- 📖 Amaro, H. (2005). *Assertividade e Satisfação Profissional nos Enfermeiros*, Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Escola Superior de Educação, Universidade do Algarve, Faro.
- 📖 Amaral, D., Godoy, A., César, A. & Silva, A. (2007). Diversidade de género e formação do endogrupo: uma contribuição da teoria da troca entre líder e membro (LMX). *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 9 (24), 41-59.
- 📖 Almeida, J. (2010). O papel mediador da relação líder-membro na relação entre o estilo de liderança transformacional e a coesão de equipa: um estudo com equipas em contexto militar. Mestrado integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- 📖 Anderson, N. & Schalk, R. (1998). The psychological contract in retrospect and prospect. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 637-647.
- 📖 Andrade, A. (2007). A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (16), jan-fev, 96-98.
- 📖 Barnard, C. (1997). The Nature of Leadership. In Grint, K. Leadership. United States of America, Oxford University Press.
- 📖 Barnum B. J. (1998). *Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation*. 5ª Edição, New York, Lippincott.
- 📖 Bass, B. (2008). *The Bass Handbook of Leadership: theory, research and managerial applications*. 4ª Edição, Nova Iorque, Free Press.
- 📖 Baugh, S. & Graen, G.B. (1997). Effects of team gender and racial composition on perceptions of team performance in cross- functional teams. *Group e Organization Management*, 22 (3), 366-383.

- 📖 Benevides-Pereira, A.M. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- 📖 Cabrita, M. (2010). A qualidade da relação líder-membro como factor de mediação entre as práticas de recursos humanos e o compromisso organizacional em trabalhos temporários. Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- 📖 Campos, R. (2005). Burnout: Uma Revisão Integrativa na Enfermagem Oncológica, Tese de Mestrado, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, consultada em 20 de Dezembro de 2011, disponível em URL: <http://www.teses.usp.br>.
- 📖 Codo, W. & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é burnout? In: CODO, W. (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis, Vozes.
- 📖 Correia, A (1997). O burnout nos profissionais dos centros de atendimento a toxicodependentes: causas e consequências. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- 📖 Dansereau, F., Cashman, J. & Graen, G. (1973). Instrumentality theory and equity theory as complementary approaches in predicting the relationship of leadership and turnover among managers. *Organizational behavior and human performance*, 10 (2), 184-200.
- 📖 Clegg, S.R., Hardy, C. & Nord, W. R. (1997). *Handbook of Organization Studies*. London, Sage Publications.
- 📖 Cooper, C. L., Argyris, C. & Nicholson, N. (1995). *The Blackwell Encyclopedia of Management*, volume IV - Dictionary of Organizational Behavior. Great Britain, Blackwell Publishers Ltd.
- 📖 Cruz, J. F. & Melo, B. M. (1996). *Stress e "Burnout" nos Psicólogos: Desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos de avaliação*, Relatório de Investigação não publicado, Braga, Universidade do Minho.
- 📖 Dias, C. (2001). A Liderança em Enfermagem. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar.

- 📖 Dienesch, R. M. & Liden, R. C. (1986). Leader-Member Exchange Model of Leadership: A Critique and Further Development. *Academy of Management Review*, 11(3), 618-634.
- 📖 Drucker, P. (2001). *O melhor de Peter Drucker: o homem, a sociedade, a administração*. São Paulo, Editora Brasil.
- 📖 Dunegan, K.J., Duchon, D. & Uhl-Bien, M. (1992). Examining the link between leadermember exchange and subordinate performance: The role of task analyzability and variety as moderators. *Journal of Management*, 18 (1) 59-76.
- 📖 Fernandes, I. (2011) Liderança outra perspectiva. *Revista Sinais Vitais*, 99, Novembro, 31-34;
- 📖 Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. New York, McGraw-Hill.
- 📖 Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- 📖 França, A. C. L. & Rodrigues, A. L. (1997). *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*, São Paulo, Editora Atlas S.A.
- 📖 Garcia, M. (1990). Burnout profesional en organizaciones, *Boletín de Psicología*, 29, 7-27.
- 📖 García, G. M. (2003). El síndrome de burnout. *Revista de Enfermería ROL*, 26, 51-54.
- 📖 Garrido, P. (2009). Burnout, bem-estar subjectivo e satisfação profissional nos enfermeiros. Tese de Mestrado em Psicologia na Especialização de Psicologia da Saúde, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciência Humanas e Sociais.
- 📖 Gaspar, M. F. (2005) - A cidadania organizacional nas organizações de saúde: o caso da enfermagem. Tese de doutoramento em Psicologia Social e Organizacional especialização em Comportamento Organizacional, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa-ISCTE, Lisboa.
- 📖 George J. B. (2000). Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre, Artes Médicas.

- 📖 Giovanini, T (1995). *História da Enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro, Revinter.
- 📖 Gomes A. & Cruz. J. (1999). A Experiência de Stress e “Burnout” em Psicólogos Portugueses: Um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 193-212.
- 📖 Graen, G., & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leader over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. *The Leadership Quarterly*, 6(2), 219-247.
- 📖 Graen, G. B. & Uhl-Bien, M. (1998). Individual self-management analysis of professionals self-managing activities in functional and cross-functional work teams. *Academy of Management Journal*, 41 (3), 340-350.
- 📖 Humpherys, J.H. & Einstein, W.O. (2004). Leadership and temperament congruence: extending the expectancy model of work motivation. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 10 (4), 58-79.
- 📖 Jesuíno, J. (1987). *Processos de Liderança*. 1ª Edição, Lisboa, Livros Horizonte.
- 📖 Jesuíno, J. C. (1996). Leadership processes: Micro e macro links. In E. Witte, J. Davis (Eds), *Understanding group behavior*, vol. 2, New Jersey, Lawrence Earlbaum.
- 📖 Lankau, M. & Thomas, C. (2009) .Preventing Burnout: The effects of LMX and mentoring on Socialization, role stress, and burnout. *Human Resource Management*, 48 (3), 417-432.
- 📖 Leddy, S.& PEPPER, J.M. (1993). *Conceptual basis of professional nursing*. 3ª Edição, Philadelphia, J. B. Lippincott Company.
- 📖 Lee, R. T. & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81 (2), 123-133.
- 📖 Liden, R.C. & Mitchell, T.R. (1983). The effects of group interdependence on supervisor performance evaluations. *Personnel Psychology*, 36, 289-299.

- 📖 Lopes, M.V., Pagliuca, L.M. & Araújo, T.L. (2006). Evolução histórica do conceito ambiente proposto no modelo da adaptação de Roy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14 (2), 259-265.
- 📖 Loreto, D. (2000). Síndrome de Burnout de enfermeiros de oncologia. Tese de mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- 📖 Luthans, F. (1998). *Organizational Behavior*. 8ª Edição, India, Irwin/McGraw-Hill.
- 📖 King, I. (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley Medical Publications.
- 📖 King, I. (1989). King's Systems Framework for Nursing Administration. In Henry, B et al (Eds) *Dimensions of Nursing Administration, Theory, Research, Education, Practice*, Cambridge, Blackwell Scientific Publications.
- 📖 King I. (1997). King's Theory of Goal Attainment in Practice. *Nursing Science Quarterly: theory, research, and practice*, 10(4)180-185.
- 📖 Klein, H.J. & Kim, J.S. (1998). A field study of the influence of situational constraints, leader-member exchange and goal commitment on performance. *Academy of Management Journal*, 41 (1), 88-95.
- 📖 Makham, S., Yammarino, F., Murry, W. & Palanski, M. (2010). Leader-member exchange, shared values and performance: Agreement and levels of analysis do matter. *The Leadership Quarterly*, 21, 469-480.
- 📖 Martin, R. & Epitropaki, O. (1999). The impact of relational demography on the quality of leader-member exchanges. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72 (2), 237-240.
- 📖 Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. 2ª Edição, Palo Alto, Consulting Psychologists Press, Inc.
- 📖 Maslach, C. & Jackson, S. (1997). *MBI Inventário “Burnout” de Maslach. Síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial*, Madrid, Publicações de Psicologia Aplicada.

- 📖 Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001) Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- 📖 Meleis A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. 4ª Edição, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- 📖 Ministério da Saúde (1952). Decreto-Lei n.º 38884/52, de 28 de Agosto. *Reforma do Ensino da Enfermagem*.
- 📖 Ministério da Saúde (1965). Decreto-Lei n.º 46448/65 de 20 de Julho. Reforma do Curso de Enfermagem Geral.
- 📖 Ministério da Saúde (1988). Decreto-Lei n.º 19/88 de 21 de Janeiro e Decreto-Regulamentar n.º 3/88 de 22 de Janeiro. *Lei da Gestão Hospitalar*.
- 📖 Ministério da Saúde (1988). Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro. *Integração do Curso de Enfermagem no Sistema Educativo Superior Politécnico*.
- 📖 Ministério da Saúde (1991). Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro. *Carreira de Enfermagem*.
- 📖 Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei 412/98 de 30 de Dezembro. *Alteração à Carreira de Enfermagem*.
- 📖 Ministério da Saúde (1999). Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro. *Confere o Grau de Licenciatura ao Curso de Enfermagem*.
- 📖 Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro. *Define o regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde*.
- 📖 Moreira, T., Araújo, T. (2002). O modelo Conceitual de Sistemas Abertos Interactantes e a Teoria de Alcance de Metas de Imogene King. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10 (1), consultado em 25 de Março de 2012, disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7778.pdf>.

-
- 📖 Munford, M., Dansereau, F. & Yammarino, F. (2000). Followers, motivations, and levels of analysis: the case of individualized leadership. *Leadership Quarterly*, 11 (3), 313-314.
- 📖 Nunes, R. (1990). *Carreer Burnout and couple Burnout - a cross cultural perspective – The portuguese reality*. Lisboa, Universidade Lusófona.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros Portuguesa. Dados Estatísticos, consultado em 30 de Março de 2012, disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros Portuguesa. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros., consultado em 30 de Março de 2012, disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- 📖 Pedrosa, A. (2004). A Enfermagem Portuguesa, referências históricas. *Revista Referência*, 11, Março, 69-78.
- 📖 Pereira, C., Bem-Haja, I., Ferreira, M. & Rodrigues, P. (2008). Percepção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados: estudo realizado numa unidade hospitalar de Coimbra. *Revista Referência*, 8, 51-58.
- 📖 Pestana M. H. & Gageiro J. N. (2000) *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. 2ª Edição, Lisboa, Edições Silabo.
- 📖 Pina e Cunha, M., Rego, A., Cunha, R.C. & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 6ª Edição, Lisboa, Editora RH.
- 📖 Pires, V. (2011). A influência da qualidade da relação líder-membro e da percepção de cumprimento do contrato psicológico no burnout: um estudo com trabalhadores temporários. Tese de Mestrado em Psicologia. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- 📖 Prenkert, F., & Ehnfors, M. (1997). A measure of organizational effectiveness in nursing management in relation to transactional and transformational leadership: a study in a Swedish county hospital. *Journal of Nursing Management*, 5(5), 279-287.
- 📖 Queirós, P. (1997). Burnout em enfermeiros, comparação de três grupos. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
-

- 📖 Queirós, P. (1998). Burnout em enfermeiros, comparação de três grupos. *Revista Sinais Vitais*, 16, 17-21.
- 📖 Queirós, P. (2004). Burnout, consumo de substâncias, vinculação e sentido interno de coerência. Monografia, resumo de investigação, Escola Superior de Enfermagem Ângelo da Fonseca, Coimbra.
- 📖 Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. 1ª Edição, Coimbra, Edições Sinais Vitais.
- 📖 Rego, A. (1998). Liderança nas Organizações: teoria e prática. Aveiro, Universidade de Aveiro.
- 📖 Rodrigues, A., Assmar, E. & Jablonski, B. (2003). *Psicologia Social*. 22ª Edição. Petrópolis, Editora Vozes.
- 📖 Rousseau, D. M., Hui, C., & Lee, C. (2004). Psychological contract and organizational citizenship behavior in China: Investigating generalizability and instrumentality. *Journal of Applied Psychology*, 89 (2), 311-321.
- 📖 Santos, R., Saraiva D. & Pinto A. (2007). Burnout um desafio à saúde dos enfermeiros. *Revista Nursing, edição portuguesa*, 228, 12-16.
- 📖 Silva, F. (2010). A teoria leader member Exchange – LMX: uma avaliação da qualidade da relação entre líder e liderado ao serviço da formação de líderes. Dissertação de Mestrado. ISCTE, Business School, Instituto Universitário de Lisboa.
- 📖 Seegren, S., Ekvall, G. e Tomson, G. (2006). Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*, 14 (5) 348-355.
- 📖 Shamir, B., Zakay, E., Breinin, E., & Popper, M. (1998). Correlates of charismatic leader behavior in military units: Subordinates' attitudes, unit characteristics, and superiors' appraisals of leader performance. *Academy of Management Journal*, 41(4), 387-409.
- 📖 Sherony, K. M., & Green, S. G. (2002). Coworker exchange: Relationships between coworkers, leader-member exchange, and work attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 542-548.

- 📖 Sparrowe, R. & Liden, R. (1997). Process and Structure in leader-member Exchange. *Academy of Management Review*, 22 (2), 522-552.
- 📖 Syroit, J. (1996). Liderança organizacional. In Marques & Cunha (Eds.). *Comportamento Organizacional e Gestão de Empresas*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- 📖 Tonini, N. & Fleming, S. (2002). História da Enfermagem: evolução e pesquisa. *Arquivo Ciências da Saúde Unipar*, 6 (3), 131-134;
- 📖 Victor, J.F., Lopes, M.V. & Ximenes, L.B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de J. Nola Pender. *Acta Paul. Enferm.*, 18 (3), 235-240.
- 📖 Vives, J. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral, *Revista Rol de Enfermeria*, 186, 31-39.
- 📖 Yukl, G. (1989). *Leadership in organizations*. 2ª Edição. Englewood Clifs, New Jersey, Prentice Hall.
- 📖 Yammarino, F., Dansereau, F. & Kennedy, C. J. (2001). A Multiple Level Multidimensional Approach to Leadership: Viewing Leadership through an Elephant's Eye. *Organizational Dynamics*, 29 (3), 149-163.
- 📖 Yukl, G. (1994). *Leadreship in organizations*. 3ª Edição. Englewood Clifs, New Jersey, Prentice Hall.

ANEXOS

ANEXO 1

5.2.1.1 - Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas gênero, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na exaustão emocional dos enfermeiros.

Tabela nº. 9 - Sumário do modelo da “exaustão emocional”

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,211	,045	,012	10,17236

Tabela nº. 10 - Significância do modelo da “exaustão emocional”

Modelo		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	570,018	4	142,505	1,377	,246
	Residual	12210,275	118	103,477		
	Total	12780,293	122			

Tabela nº. 11 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e “exaustão emocional”

Modelo		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constante)	26,733	6,634		4,030	,000
	Feminino	1,700	2,708	,058	,628	,531
	Duplo emprego	-,399	1,901	-,020	-,210	,834
	Trabalho por Turnos	-2,901	3,974	-,074	-,730	,467
	Idade	-,249	,111	-,222	-2,235	,027

Dependent Variable: Exaustão emocional

ANEXO 2

5.2.1.2 - Hipótese 2 – As variáveis sociodemográficas gênero, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na despersonalização dos enfermeiros.

Tabela nº. 12 – Sumário do modelo da “despersonalização”

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
,091	,008	0,025	4,00220	,091

Tabela nº. 13 - Significância do modelo da “despersonalização”

Modelo		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16,028	4	4,007	,250	,909
	Residual	1938,130	121	16,018		
	Total	1954,159	125			

Tabela nº. 14 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e “despersonalização”

Modelo		Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients	t	Sig.
		B		Beta	B	Error
1	(Constante)	6,323	2,575		2,456	,015
	Feminino	-1,034	1,063	-,090	-,973	,333
	Duplo emprego	-,202	,741	-,026	-,272	,786
	Trabalho por Turnos	-,269	1,506	-,018	-,178	,859
	Idade	,003	,044	,007	,067	,947

Dependent Variable: despersonalização

ANEXO 3

5.2.1.3 - Hipótese 3 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na realização pessoal dos enfermeiros.

Tabela nº. 15 – Sumário do modelo da “realização pessoal”

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,123	,015	,018	6,70545

Tabela nº. 16 - Significância do modelo da “realização pessoal”

Modelo		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	82,808	4	20,702	,460	,765
	Residual	5350,611	119	44,963		
	Total	5433,419	123			

Tabela nº. 17 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e “realização pessoal”

Modelo		Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Beta	B	Error
1	(Constante)	30,453		6,963	,000
	Feminino	,060	,003	,034	,973
	Duplo emprego	,428	,032	,343	,732
	Trabalho por Turnos	1,886	,074	,721	,473
	Idade	,094	,129	1,281	,203

Dependent Variable: realização

ANEXO 4

5.2.1.4 - Hipótese 4 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência no *burnout* dos enfermeiros.

Tabela nº. 18 – Sumário do modelo do “*burnout*”

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,111	,012	,021	12,16595

Tabela nº. 19 - Significância do modelo da “*burnout*”

Modelo		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	216,894	4	54,224	,366	,832
	Residual	17317,212	117	148,010		
	Total	17534,107	121			

Tabela nº. 20 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e “*burnout*”

Modelo		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constante)	63,336	7,936		7,981	,000
	Feminino	,890	3,243	,026	,275	,784
	Duplo emprego	-,100	2,284	-,004	-,044	,965
	Trabalho por Turnos	-1,118	4,754	-,024	-,235	,814
	Idade	-,153	,133	-,117	-1,152	,252

Dependent Variable: Burnout

ANEXO 5

5.2.1.5 - Hipótese 5 – As variáveis sociodemográficas género, idade, duplo emprego e trabalho por turnos, têm influência na relação com a chefia.

Tabela nº. 21 – Sumário do modelo da “relação com a chefia”

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,333	,111	,081	,65580

Tabela nº. 22 - Significância do modelo da “relação com a chefia”

Modelo		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6,416	4	1,604	3,730	,007
	Residual	51,609	120	,430		
	Total	58,025	124			

Tabela nº. 23 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sociodemográficas e “relação com a chefia”

Modelo		Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients	t	Sig.
		B		Beta	B	Std. Error
1	(Constante)	4,260	,423		10,078	,000
	Feminino	-,403	,174	-,203	-2,315	,022
	Duplo emprego	,017	,121	,013	,143	,886
	Trabalho por Turnos	-,759	,253	-,288	-3,004	,003
	Idade	-,002	,007	,000	-,004	,996

Dependent Variable: relação com a chefia

ANEXO 6

5.2.1.6 - Hipótese 6 – A relação com a chefia tem influência no *burnout* dos enfermeiros.

Tabela nº. 24 – Correlação entre o “*burnout*” e a “relação com a chefia”

	Relação Chefia
Exaustão	-,194*
Despersonalização	,004
Realização	,048
<i>Burnout</i>	-,132

* *coeficiente significativo para um nível $\leq 0,05$*

ANEXO 7

Questionário

Caro colega

O meu nome é Vera Cristina Santos, sou Enfermeira licenciada e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem na Especialização de Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Estou a realizar uma dissertação cujo tema é:

“A RELAÇÃO COM A CHEFIA E *BURNOUT* NOS ENFERMEIROS”.

Para que me seja possível a elaboração da dissertação é fundamental a colaboração de todos os enfermeiros no preenchimento do seguinte questionário, ao qual é garantido o anonimato.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

(Vera Cristina Crespo dos Santos)

I Parte

Questionário Sociodemográfico

Por favor coloque um X na quadrícula correspondente à sua resposta.

1. SEXO

Masculino ☐

Feminino ☐

2. IDADE _____ (anos).

3. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS?

(Considere apenas o título académico mais elevado).

Curso Geral de Enfermagem ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Pós-Graduação ☐

Mestrado/Doutoramento ☐

4. TEMPO DE SERVIÇO _____ anos.

5. QUAL O SEU HORÁRIO DE TRABALHO?

- Tempo parcial (20h) ☐
- Tempo completo (35-40h) ☐
- Outro ☐
- Qual? _____

6. TRABALHA POR TURNOS?

- Sim ☐
- Não ☐

7. TRABALHA NO SERVIÇO QUE DESEJARIA?

- Sim ☐
- Não ☐

8. QUAL O SEU TIPO DE VÍNCULO À INSTITUIÇÃO?

- Contrato Individual de Trabalho – Sem termo..... ☐
- Contrato Individual de Trabalho – Termo certo ☐
- Prestação de Serviços (Recibo verde) ☐
- Outro ☐
- Qual? _____

9. TEM DUPLO EMPREGO?

- Sim ☐
- Não ☐

10. QUAL O SEU HORÁRIO DE TRABALHO NO DUPLO EMPREGO?

Apenas se respondeu “sim” à pergunta anterior

Tempo parcial (20h) ☐

Tempo parcial (24h) ☐

Tempo completo (35-40h) ☐

Outro ☐

Qual? _____

II Parte

Escala LMX-7- Versão para colaboradores

Versão traduzida e adaptada LMX-7 itens - Leader Member Exchange - Graen, Novak e Sommerkamp (1982) , Seers e Graen (1984); Scandura e Graen (1984), adaptada para a população portuguesa por Gaspar (2005).

(Coloque um circulo na sua opção!)

1- É habitual saber qual a satisfação que o seu chefe tem, relativamente ao trabalho que você como colaborador desenvolve?

1-----2-----3-----4-----5
Raramente Ocasionalmente Por vezes C/alguma Frequentemente
Frequência

2- Em que medida o chefe compreende os seus problemas e necessidades no desempenho das suas funções?

1-----2-----3-----4-----5
Nada Pouco Moderadamente Bastante Muito

3- Em que medida o seu chefe reconhece as suas potencialidades?

1-----2-----3-----4-----5
Nada Pouco Moderadamente Bastante Muito

4- Independentemente da autoridade formal do seu chefe, qual a possibilidade deste utilizar o seu poder para o ajudar a resolver problemas no desempenho das suas funções?

1-----2-----3-----4-----5
Nenhuma Pouca Alguma Elevada Muito Elevada

5- Independentemente da autoridade formal do seu chefe, qual a possibilidade deste o defender mesmo que isso envolva “custos” para ele pessoalmente?

1-----2-----3-----4-----5
Nenhuma Pouca Alguma Elevada Muito Elevada

6- A confiança que tem no seu chefe é tal que defenderia a posição dele mesmo na sua ausência.

1-----2-----3-----4-----5
Discordo Discordo N/Concordo Concordo Concordo
totalmente Nem discordo totalmente

7- Como caracterizaria a sua relação de trabalho com o seu chefe?

1-----2-----3-----4-----5
Extremamente Abaixo Média Acima Extremamente
Ineficaz da média da média eficaz

III Parte

Inventário de *Burnout*

Versão traduzida e adaptada do “Maslach Burnout Inventory” (Maslach & Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996).

Por favor, leia cada afirmação com atenção e pense se alguma vez se sentiu assim em relação à sua profissão. Se nunca teve esse sentimento, escreva “0” (zero) no espaço reservado antes da afirmação. Caso contrário, se já experienciou esse sentimento, indique quanta vezes o sente, utilizando para tal o seguinte exemplo:

Exemplo:

QUANTAS VEZES	0	1	2	3	4	5	6
	NUNCA	ALGUMAS	UMA VEZ	ALGUMAS	UMA VEZ	ALGUMAS	TODOS
		VEZES	POR MÊS	VEZES POR	POR	VEZES	OS DIAS
		POR ANO		MÊS	SEMANA	POR	
						SEMANA	

QUANTAS VEZES

0 – 6

AFIRMAÇÃO

Sinto-me deprimido(a) no trabalho

Se nunca se sente deprimido(a) no trabalho, deve escrever o número “0” (zero) por baixo do cabeçalho “QUANTAS VEZES”. Se raramente se sente deprimido(a) no trabalho (algumas vezes por ano), deve escrever o número “1”.

Se os seus sentimentos de depressão são frequentes (algumas vezes por semana, mas não diariamente), deverá escrever “5”.

Questionário:

QUANTAS VEZES	0	1	2	3	4	5	6
	NUNCA	ALGUMAS	UMA VEZ	ALGUMAS	UMA VEZ	ALGUMAS	TODOS
		VEZES	POR MÊS	VEZES	POR	VEZES	OS DIAS
		POR ANO		POR MÊS	SEMANA	POR	
						SEMANA	

QUANTAS VEZES

0 – 6

AFIRMAÇÃO

- 1._____ Sinto-me emocionalmente insatisfeito(a) com o meu trabalho.
- 2._____ No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido “usado(a)”.
- 3._____ Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.
- 4._____ Posso facilmente compreender como é que os meus clientes se sentem em relação às coisas.
- 5._____ Sinto que trato alguns clientes como se fossem objectos impessoais.
- 6._____ Trabalhar com pessoas todo o dia, constitui realmente uma pressão para mim.
- 7._____ Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus clientes.
- 8._____ Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho.
- 9._____ Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
- 10._____ Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.
- 11._____ Preocupa-me o facto deste trabalho me estar a tornar mais “duro(a)” ou “rígido(a)” do ponto de vista emocional.

12. _____ Sinto-me com muitas energias.
13. _____ Sinto-me frustrado com o meu emprego.
14. _____ Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego.
15. _____ Não me interessa realmente o que acontece a alguns dos meus clientes.
16. _____ Trabalhar directamente com pessoas gera-me demasiado “stresse”.
17. _____ Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus clientes.
18. _____ Sinto-me contente depois de trabalhar “de perto” com os meus clientes.
19. _____ Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena.
20. _____ Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades.
21. _____ No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais.
22. _____ Sinto que os clientes me culpam por alguns dos seus problemas.

Mais uma vez obrigado pela sua colaboração!